BULLETIN GÉNÉRAL

DE

THÉRAPEUTIQUE

MÉDICALE ET CHIRURGICALE.

PARIS. — TYPOGRAPHIE HENNUYER, RUE DU BOULEVARD, 7.

BULLETIN GÉNÉRAL

DE

THÉRAPEUTIQUE

MÉDICALE ET CHIRURGICALE

RECUEIL PRATIQUE

PUBLIÉ

PAR LE DOCTEUR DEBOUT,

CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR,
MÉDECIN HONORAIRE DES DISPENSAIRES, MEMBRE DE LA SOCIÉTÉ DE MÉDECINE
ET DE LA SOCIÉTÉ IMPÉRIALE DE CHIRURGIE,
CORRESPONDANT DES ACADÉMIES ROYALES DE MÉDECINE DE BELGIQUE ET DE TURIN,
DE L'ACADÉMIE DES SCIENCES ET LETTRES DE MONTPELLIER,
DES SOCIÉTÉS DE MÉDECINE
DE LYON, BORDEAUX, STRASBOURG, ETC.
RÉDACTEUR EN CHEF.

TOME SOIXANTE-ET-UNIÈME.



PARIS

CHEZ LE RÉDACTEUR EN CHEF, ÉDITEUR,

RUE THÉRÈSE, N° 4.

1861



BULLETIN GÉNÉRAL

DE

THÉRAPEUTIQUE

MÉDICALE ET CHIRURGICALE.

THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE.

Coup d'œil sur certaines propriétés thérapeutiques peu connues du poivre cubèbe, et spécialement sur ses bons effets dans les vertiges et l'amnésie.

L'action de la plupart des agents de la matière médicale est loin d'être une, et à côté de propriétés thérapeutiques incontestables, qui font ranger les substances qui les possèdent dans la classe si précieuse des médicaments héroïques, on constate des actions curatives, moins évidentes, il est vrai, mais dont la pratique de chaque jour pourrait encore trouver un emploi très-fructueux.

Ces remarques s'appliquent surtout aux médicaments spécifiques. Ainsi, pour le mercure : ses propriétés antisyphilitiques ont fait négliger pendant longtemps celles non moins utiles dont jouit ce métal, alors qu'il est éteint dans l'axonge ; l'onguent mercuriel est, en effet, un puissant agent antiphlogistique et propre à combattre un grand nombre de phlegmasies. Tandis que la notion des vertus spécifiques du mercure remonte à la fin du quinzième siècle, il y a à peine vingt-cinq années que l'onguent mercuriel, la plus ancienne préparation pharmaceutique, est entrée dans la pratique courante comme moyen de traitement des érysipèles phlegmoneux, des panaris, ainsi que des phlegmasies des membranes séreuses. Nous devons cet enseignement à notre sagace collaborateur M. Serre (d'Alais) (*Bulletin de Thérapeutique*, t. III, p. 5).

L'étude des sels de bismuth nous montre que ce n'est pas seulement aux agents spécifiques que ces réflexions peuvent s'appliquer. Ainsi, les vertus curatives si remarquables que le sous-nitrate possède contre les névroses gastro-intestinales et les affections diarrhéiques n'ont-elles pas fait oublier complétement les services que les

applications topiques de ce sel peuvent rendre dans le traitement des phlegmasies catarrhales des muqueuses : ophthalmies, coryza, vulvo-vaginite, et même dans celui de bon nombre d'ulcérations développées chez les enfants scrofuleux ? Nous pourrions citer encore d'autres agents ; toutefois, ainsi que nous venons d'en faire la remarque, c'est surtout la découverte des propriétés spécifiques d'un médicament qui a fait oublier les enseignements relatifs à celles de leurs vertus curatives qui dérivent de leurs actions physiologiques. Le cubèbe nous en fournit un nouvel exemple. Nous ne lui reconnaissons d'autre propriété que celle de combattre efficacement la blennorrhagie, ou du moins nous employons cette substance seulement dans les cas d'écoulements urétraux.

En outre de sa propriété spécifique, le cubèbe jouit cependant d'actions physiologiques dont il nous serait possible de tirer parti au grand avantage des malades.

La première est l'action topique que, dès son ingestion, ce médicament exerce sur le ventricule gastrique et qu'il partage, quoique à un moindre degré, avec les autres poivres. Cette stimulation, lorsque la dose du cubèbe n'est pas très-élevée, reste toujours locale ; elle a pour résultat de favoriser la sécrétion du suc gastrique et d'activer les fonctions de l'estomac. Les hautes doses, lorsqu'elles sont bien tolérées, produisent souvent les mêmes effets ; la plupart des auteurs qui ont écrit sur l'action du cubèbe dans la blennorrhagie, ont noté l'augmentation de l'appétit qui survient chez les malades pendant l'administration de ce médicament. Le cubèbe peut donc être prescrit comme stimulant gastrique dans les dyspepsies flatulentes dues à un état d'atonie de l'estomac. Il nous paraît également indiqué dans les cas de vertiges qui se relient à des troubles fonctionnels du ventricule, et que M. Trousseau désigne sous l'épithète de vertiges *à stomacho læso*. Mais, dans l'espèce, les malades ne bénéficient pas seulement de l'action locale : ils bénéficient encore et surtout des effets dynamiques consécutifs à l'absorption de la substance médicamenteuse.

L'application la plus heureuse et la plus fréquente que l'on puisse faire des vertus stomachiques du cubèbe est dans le traitement de la blennorrhagie. L'efficacité plus grande du copahu fait qu'on débute le plus souvent par cette substance, et comme, grâce à l'usage des capsules, les malades n'éprouvent plus aucune répugnance pour ce médicament, on le prescrit de suite à hautes doses. Aussi, il n'est pas rare de voir des malades forcés d'interrompre leur médication à cause des troubles éprouvés par leurs voies gastriques. Dans ces

circonstances, bon nombre de praticiens se trouvent désarmés; mais ceux qui possèdent des notions étendues sur l'action des différents agents de la matière médicale, ne restent pas les bras croisés et reprennent le traitement à l'aide du cubèbe. Alors que le copahu n'est plus toléré, le cubèbe l'est encore très-bien et peut réparer le dommage causé. Sous son influence, les douleurs d'estomac disparaissent, l'appétit revient, et l'on poursuit la cure de son malade. Cette pratique n'est pas seulement la nôtre, mais encore celle de M. Ricord. On assurera cette action du cubèbe, en associant à chaque dose de ce médicament, au moins pendant les premiers jours, 1 gramme de sous-nitrate de bismuth.

L'action générale du cubèbe, celle qui résulte de l'absorption du médicament et de son transport dans le torrent de la circulation, a été peu étudiée; aussi les avis sont-ils contradictoires. Tandis que, pour les uns, les phénomènes généraux sont le résultat d'une action excitante qui se traduit par l'élévation et la fréquence du pouls, le développement de la soif et l'augmentation de la chaleur, ces effets sont, pour les autres, d'une nature opposée, et l'on constaterait toujours un affaiblissement considérable de la puissance musculaire, accompagné d'un abaissement notable de la force et de la fréquence du pouls. Nous ne voulons pas aborder aujourd'hui la discussion des causes de la dissidence des expérimentateurs sur ce point de pharmacodynamie, car nous nous occupons ici moins d'un point de doctrine que d'une question de pratique. Nous dirons toutefois que la différence des doses que prescrivent les fauteurs de systèmes, nous paraît la cause principale de leur désaccord.

Lorsque le cubèbe est administré de manière à ne provoquer aucune action agressive sur l'estomac, qu'il est bien toléré, et que sa quantité peut être portée à 2 grammes et répétée trois ou quatre fois dans la journée, son action générale s'exerce principalement sur le système cérébro-spinal et se traduit par des effets sédatifs manifestes. Ce résultat, nous avons eu l'occasion de le constater nombre de fois dans des cas de vertiges et de perte de la mémoire. Est-il dû à une stimulation du cerveau? les faits sont encore insuffisants pour trancher la question. M. Brougthon qui, il y a un quart de siècle, s'est beaucoup occupé de l'étude du cubèbe, note que les hautes doses de cette substance causent fréquemment la céphalalgie, et qu'il a vu survenir, sous leur influence, des désordres des fonctions cérébrales, manifestés par des mouvements convulsifs ou une paralysie partielle (*London med. Gazet.*, t. 1, p. 405).

Ce n'est que d'une manière bien exceptionnelle que s'observent

de tels accidents; nous en prenons pour témoin la pratique de tous. Quel est celui d'entre nous qui n'ait pas souvent prescrit le cubèbe aux doses de 10, 20, 30 et même 40 grammes par jour, sans avoir vu survenir aucun des graves symptômes signalés par M. Broughton ? A l'hôpital des vénériens, et spécialement dans le service de M. Ricord, ces expérimentations se comptent aujourd'hui par milliers ; mais, comme dans la pratique privée on doit apprendre à compter même avec les exceptions, nous avons cru prudent de rappeler les réserves du praticien anglais.

Que les effets sédatifs exercés sur le système cérébro-spinal par le cubèbe soient le résultat d'une action primitive et spéciale, ou l'effet secondaire d'une stimulation, cette action n'en est pas moins réelle et importante. Nous fournissons plus loin des faits à l'appui de sa valeur pratique.

Enfin, il n'est pas jusqu'à l'action incontestée du cubèbe sur les phlegmasies catarrhales des organes génito-urinaires dont on manque à tirer tout le parti possible. On sait que les bons effets sont dus aux qualités médicamenteuses que les urines acquièrent pendant l'administration de cette substance balsamique et qui lui sont communes avec le copahu. L'émission des urines constitue alors l'injection antiblennorrhagique par excellence. Les expériences de M. Ricord et celles de M. Hardy ne laissent aucun doute à cet égard. Quels sont les principes que les substances balsamiques abandonnent aux urines et qui les rendent ainsi médicamenteuses? La chimie organique n'a pu encore nous les révéler. Dans l'étude des phénomènes, même ceux de l'ordre physique, nous parvenons à constater seulement les circonstances dans lesquelles ces phénomènes se produisent ; la cause nous échappe toujours, et là est le *quid divinum*. Cette notion, du reste, ne nous est pas indispensable; la connaissance des effets suffit à la constitution de nos sciences.

Dans nos essais thérapeutiques, nous négligeons trop les inductions fournies par les voies d'élimination des médicaments, soit pour triompher des maladies des tissus au sein desquels se fait le départ de la substance, soit pour neutraliser les effets physiologiques de cette même substance, lorsqu'ils ne contribuent en rien à ses vertus curatives. Un bel exemple de ces applications nous est fourni par l'emploi du chlorate de potasse dans le traitement des ulcères de la bouche et de la stomatite mercurielle. Le sel potassique est en partie éliminé, comme le mercure, par la muqueuse buccale; or, comme ces deux agents sont antidotiques dès que, dans un traitement mercuriel, le moindre indice de salivation vient à se

produire, on se hâte d'administrer le chlorate. Les accidents détruits, on reprend le premier traitement, en ayant soin de continuer l'usage du sel potassique, et les effets curateurs continuent sans nouvelle production de la salivation. Les deux actions médicamenteuses se poursuivent : les vertus spécifiques du chlorate sur la stomatite ne nuisent en rien au résultat thérapeutique dû aux propriétés spécifiques du mercure. Mais revenons au sujet de notre étude.

L'action médicamenteuse exercée par les urines pendant l'administration du cubèbe est également un effet sédatif local, qui se manifeste alors même que l'inflammation n'est pas due à une blennorrhagie. Cet enseignement ressort des premières expérimentations tentées avec le cubèbe; il n'est signalé dans aucun traité de matière médicale, cela est vrai, mais il se conserve dans la pratique de quelques médecins. Ainsi, MM. Trousseau, Ricord, Caudmont, m'ont dit avoir eu recours avec grand avantage à ce médicament, dans quelques-uns des cas que nous allons spécifier.

Si les auteurs ne voient pas, aussi souvent qu'ils le désirent, les conclusions de leurs travaux pratiques entraîner la conviction de leurs confrères, cela tient en grande partie au tort qu'ils ont de ne pas les rattacher aux enseignements analogues qui existent dans la science. *Nil sub sole novum;* le proverbe est vrai, même en fait d'actions médicamenteuses, et lorsqu'on sait interroger le passé et le présent de la science, on est tout étonné de la masse de preuves qu'on peut accumuler à l'appui de certaines propriétés thérapeutiques, peu connues, de quelques-uns des agents de la matière médicale. Nous n'avons pas la prétention de rappeler tous les documents utiles sur la valeur du cubèbe, et nous serions heureux si notre tentative pouvait inspirer à quelqu'un de nos confrères l'idée de consacrer ses loisirs à reprendre l'étude thérapeutique de cet agent.

Action sédative du cubèbe sur les phlegmasies chroniques des organes génito-urinaires.

Sir Benj. Brodie est le chirurgien qui s'est le plus préoccupé de l'étude de l'action du cubèbe sur les phlegmasies chroniques des organes génito-urinaires. Ainsi, nous voyons ce célèbre praticien nous rendre compte de l'essai qu'il en fit dès 1824, dans la cystirrhée et les abcès de la prostate. Seulement, il fait remarquer que, pour obtenir de bons effets du cubèbe, il faut, dans ces cas, l'administrer à très-petites doses, 75 centigrammes trois fois par jour ; à plus hautes doses, il provoque une stimulation fâcheuse. En preuve il cite le fait suivant : un malade souffrant d'une inflam-

mation chronique de la vessie prenait avec grand avantage 75 centigrammes de cubèbe toutes les huit heures. Désireux de hâter le moment de sa guérison et enhardi par les bons effets qu'il en obtenait, il augmenta de son autorité propre la dose du médicament et la porta à 4 grammes. Une aggravation des symptômes eut lieu, le mucus fut sécrété en plus grande quantité qu'auparavant et le malade finit par succomber. « Sa mort, ajoute sir B. Brodie, ne fut pas déterminée par son imprudence, mais elle fut avancée par l'élévation des doses du médicament » (*London med. Gazet.*, t. I, p. 300).

Tels sont les seuls documents écrits que j'aie pu découvrir ; je les cite parce qu'aucun de nos traités de matière médicale n'en fait mention.

Voici maintenant ce que l'expérience clinique m'a appris à l'égard de l'action du cubèbe sur celles des affections des voies urinaires que l'on peut rattacher à une phlegmasie de la partie profonde de la muqueuse urétrale, et même à une simple irritation du col de la vessie. Ces affections sont la cystalgie, le spasme du col avec expulsion d'urines sanguinolentes, certaines formes de névralgie du col de la vessie, la cystite cantharidienne, et l'incontinence diurne et quelquefois nocturne d'urine chez les jeunes sujets, enfin la spermatorrhée.

Rien de mieux connu aujourd'hui que la marche de l'inflammation dans la blennorrhagie : partie de la fosse naviculaire, on la voit s'avancer progressivement vers les parties profondes, et si l'affection dure longtemps, elle s'y localise. Lorsque le traitement est mal dirigé ou que les prescriptions sont mal suivies, la phlegmasie persiste et les malades conservent de la sensibilité vers le col de vessie, sensibilité qui se manifeste surtout lors de l'émission du premier jet de l'urine. Cet état peut durer des années sans éveiller l'inquiétude des malades, surtout lorsqu'ils sont jeunes, car toute trace d'écoulement peut disparaître. Mais qu'ils viennent à faire des excès de coït ou de boissons, immédiatement ils éprouvent un sentiment pénible vers le col vésical et des envies fréquentes d'uriner. Le liquide alors ne sort que goutte à goutte, et immédiatement après la miction apparaît un peu de sang. Vient-on à sonder le malade, l'instrument ne rencontre aucun obstacle, mais provoque une douleur cuisante dès que son bec arrive dans la partie profonde de l'urètre. Cet accident n'est autre qu'un spasme du col de la vessie provoqué par la phlegmasie urétrale. On la combat par les boissons abondantes, les grands bains et les sangsues au périnée.

Le moyen le plus rapide d'en triompher est de faire prendre 1 à 2 grammes de cubèbe quatre fois par jour [1].

La névralgie du col de la vessie, souvent confondue avec celle de l'anus, me paraît devoir être rattachée, au moins dans le plus grand nombre des cas, à cette même phlegmasie des parties profondes de la muqueuse urétrale. La description donnée par les auteurs semble venir à l'appui de ma manière de voir ; j'en citerai pour preuve l'extrait suivant de l'article *Névralgie de l'anus*, de M. le professeur Velpeau. Après avoir décrit le début brusque ou lent de ces douleurs, leur marche continue ou intermittente, ce savant chirurgien ajoute : « Le col de la vessie ne tarde pas à se prendre, et la plupart des signes de la pierre en sont promptement la suite. J'ai vu tailler trois sujets sur de tels indices, un en province, deux à Paris, quoiqu'ils n'eussent pas de calculs. Les besoins d'uriner sont pressants, les douleurs vives du côté de la prostate ; le liquide s'arrête parfois au milieu de l'excrétion pour reparaître un instant après. Les souffrances augmentent, quand le malade est échauffé et fatigué. Le cathétérisme, ordinairement fort douloureux, cause un sentiment de brûlure remarquable ; mais l'instrument une fois arrivé dans le réservoir de l'urine, les douleurs se calment dans certains cas comme par enchantement. On ne trouve ni calcul, ni coarctation, en un mot rien de matériel dans la vessie, l'urètre ou la prostate. Les urines sont le plus souvent limpides, rarement glaireuses ou sanguinolentes. C'est un mal qui s'use avec le temps. Les bains, les opiacés, les anti-spasmodiques, les pilules de Méglin, etc., essayés sous toutes les formes, n'ont rien produit de bien efficace, jusqu'à présent... Sans en être exemptes, les femmes y paraissent moins sujettes que les hommes. Tous les âges en sont d'ailleurs susceptibles. C'est, au demeurant, une maladie fort singulière, qui me paraît avoir son siége au col vésical plus souvent que dans l'anus même, et dépendre fréquemment d'un état hémorrhoïdaire de la fin du rectum. La thérapeutique n'en étant pas mieux connue que la nature, il faut se borner, en attendant, à les traiter par les méthodes rationnelles ou les moyens usités dans les névralgies en général (*Dict. de médecine*, 2e édit., t. III, *Anus*).

Non-seulement je rapporte, avec M. Velpeau, le siége de ces névralgies au col vésical, mais j'en rattache la cause à une inflam-

---

[1] La poudre de digitale donnée à la dose de 20 à 30 centigrammes, ou la digitaline, à la dose de 2 à 3 granules, n'est pas moins efficace, surtout chez les jeunes sujets.

mation de la muqueuse qui tapisse cette région. Le sentiment de brûlure provoqué par le passage de la sonde, que tous les chirurgiens ont noté dans ces cas, suffirait à lui seul pour démontrer l'existence de la phlegmasie des parties profondes de l'urètre ; mais à ce signe, nous en pouvons ajouter un autre plus probant encore, en ce qui touche la nature de la lésion. Toutes les muqueuses enflammées fournissent une sécrétion ; lorsque la phlegmasie urétrale est ancienne et peu intense, celle-ci peut se localiser dans les lacunes de Morgagni ; et parce que toute trace d'écoulement fait défaut, on croit que l'exploration à l'aide de la sonde est le seul moyen de constater son existence. C'est une erreur générale et d'autant plus regrettable que l'introduction des instruments dans ces circonstances provoque toujours de vives douleurs, et souvent donne lieu à des accidents fébriles intermittents dont les suites sont quelquefois fort graves. On évite ces dangers en faisant uriner les malades dans un verre conique ; le premier jet de liquide entraîne tous les produits de sécrétion placés à la surface de la muqueuse, et l'on juge alors, par la quantité des filaments flottants dans l'urine, du degré de l'inflammation des parties. Cette constatation, jointe aux renseignements fournis par le malade sur les sensations douloureuses qu'il éprouve vers la région profonde de l'urètre, enfin l'exploration directe de la sensibilité de ces parties par le toucher à travers la paroi rectale, pratique tout à fait inoffensive, suffisent toujours pour établir un diagnostic rigoureux.

Le premier cas de névralgie du col de la vessie que j'aie eu à traiter avait pour sujet un marchand de bestiaux âgé de cinquante-trois ans. Cet homme, d'une constitution athlétique, avait été affecté dix ans auparavant d'une arthrite du genou droit, que l'on combattit à l'aide de nombreux vésicatoires volants. Cette médication avait provoqué une cystite cantharidienne qui s'était dissipée spontanément. Guéri, il reprit sa profession ; mais comme elle exigeait qu'il passât une grande partie des journées à cheval, cet exercice n'avait pas tardé à réveiller la phlegmasie mal éteinte du col de la vessie, et avec elle tous les accidents qui en sont la suite.

Toutes les ventes de bestiaux se traitant au cabaret, son médecin rapporta les accidents à l'abus de boissons et commença par lui interdire l'usage des alcooliques. Le malade, désireux de guérir, s'en abstint complétement, et quoiqu'il ne bût que de l'orgeat et du sirop de groseille et prît fréquemment des bains entiers, les accidents persistèrent. Les fonctions de l'estomac s'altérèrent à leur tour, et malgré des tentatives nombreuses de traitement, au bout de huit

années de souffrances il fut obligé d'abandonner sa profession.

L'inanité des essais thérapeutiques et la nature des accidents firent craindre que le malade ne fût affecté de la pierre. Il me fut adressé avec prière de le recommander à un de nos spécialistes. Le commémoratif me fit songer tout de suite à une névralgie du col de la vessie provoquée par une cystite cantharidienne et entretenue par une équitation prolongée, ainsi que par l'abus de liqueurs alcooliques. Je fis uriner le malade devant moi et je lui montrai dans le liquide une grande quantité de filaments blanchâtres. Pour mieux m'assurer de l'état phlegmasique des parties, je pratiquai le toucher rectal et constatai une sensibilité de la région prostatique. Fort de ces enseignements, je lui fis espérer de le guérir sans opération.

Le mauvais état de son tube digestif m'engagea à associer 1 gramme de sous-nitrate de bismuth à chaque dose de cubèbe, qui était de 2 grammes. Les premiers jours il en prit 3, la seconde semaine les doses furent portées à 4.

En même temps que je combattais l'élément phlegmasie à l'aide du cubèbe, je n'oubliais pas l'élément douleur, et je prescrivis d'introduire le soir, en se mettant au lit, un suppositoire calmant, ainsi formulé :

Extrait de belladone..................	10 centigrammes.
Extrait d'opium......................	5 centigrammes.
Beurre de cacao.....................	8 grammes.

M. et F. S. A. deux suppositoires.

Introduire l'un des suppositoires le soir en se mettant au lit, et si les douleurs n'avaient pas cédé, faire usage du second le lendemain matin.

Ces moyens, aidés d'une diététique appropriée, délivrèrent le malade de tous ses accidents en moins de six semaines.

Dans le second cas, la névralgie étant compliquée d'un état hémorrhoïdaire, j'ajoutai 30 centigrammes de tannin aux suppositoires ci-dessus. La cure fut rapide, et le malade, qui occupe un haut grade dans l'armée, a pu faire la dernière campagne d'Italie, sans que son affection reparût.

Le peu de valeur des ressources connues de la thérapeutique appliquée au traitement des névralgies du col de la vessie, signalé par M. Velpeau, m'engage à recommander l'essai du poivre de cubèbe, toutes les fois qu'on aura constaté ou la phlegmasie, ou même la simple irritation de cette région des voies urinaires. Nous ne prétendons pas que ce moyen suffira à lui seul pour triompher des accidents. On a dû remarquer que, dans les deux cas précédents,

tenant compte des éléments douleur, état hémorrhoïdal, nous avions associé à l'emploi du cubèbe ceux des moyens qui devaient le mieux réussir contre les éléments morbides congénères.

Toutes les fois même qu'on aura à traiter des sujets adultes atteints de névralgies du col de la vessie, on devra encore s'enquérir de l'état général de la santé, et s'assurer spécialement si les malades ne sont pas atteints de maladies de la peau ou de rhumatismes, car l'existence de ces diathèses pose des indications qu'on doit remplir tout d'abord.

Chez le premier de nos malades atteints de névralgie du col de la vessie, on a vu que le début des accidents remontait à l'apparition d'une cystite cantharidienne. Ce n'est pas le seul cas de phlegmasie urétrale, provoquée par l'absorption de cet agent épispastique, que j'aie eu à traiter. En 1855, un confrère de province m'a amené, à ma campagne, un jeune garçon de sept ans et demi, qu'il croyait atteint de la pierre. Depuis quatre à cinq mois, le petit malade éprouvait, en urinant, des douleurs vésicales qui étaient devenues tellement intenses, qu'elles provoquaient l'apparition de sueurs froides et d'une pâleur mortelle de la face. Lorsqu'il me fut présenté, on voulut le faire uriner devant moi pour me rendre témoin des accidents qu'il éprouvait; l'enfant trépigna, se tirailla la verge, eut des horripilations et ne put venir à bout de rendre quelques gouttes d'urine. Il éprouvait fréquemment de ces fausses envies. Lorsque la miction avait lieu, le jet était saccadé, s'arrêtait brusquement, pour repartir encore.

Instruit par les faits analogues dont j'avais été maintes fois témoin à l'hôpital des Enfants, je demandai si le petit malade ne portait pas un vésicatoire, et sur la réponse affirmative que me firent les parents, je n'hésitai pas à assurer que nous avions affaire à une cystite cantharidienne. Dans ces cas, il suffit souvent de cesser le pansement avec la pommade à la cantharide pour voir disparaître tous ces accidents, dont la violence est bien faite pour effrayer les parents. Toutefois, comme la conservation de l'exutoire était nécessaire pour la cure d'une kératite dont l'enfant était affecté, je songeai à essayer l'action du cubèbe. La plaie du vésicatoire, mal pansée, s'était étendue à presque toute la hauteur du bras. Je recommandai qu'on en réduisît la dimension de moitié, et qu'on l'entretînt avec la pommade au garou. Je prescrivis, en outre, de faire prendre à l'enfant une dose de 50 centigrammes de cubèbe au début de chacun de ses quatre repas, ainsi qu'un demi-lavement d'eau de guimauve le matin et l'introduction d'un suppositoire le soir en couchant l'enfant.

Le médecin veilla à l'exécution ponctuelle de cette ordonnance, et, dix jours après, le petit malade était guéri. Dès le cinquième jour, les filaments blanchâtres, qu'on avait constatés en grande quantité dans l'urine, avaient diminué des trois quarts, et ils avaient disparu complétement après la cure.

Cette application du cubèbe nous paraît une ressource précieuse, car l'on sait combien de fois ces accidents névralgiques du col de la vessie ont donné lieu à de fâcheuses méprises ; ils simulent d'une manière si complète la présence d'un calcul dans la vessie, que les plus habiles chirurgiens s'y sont laissé prendre. L'innocuité de l'essai du cubèbe doit engager les praticiens à essayer désormais l'effet de cette médication, avant de porter le diagnostic d'un calcul dans la vessie chez les enfants porteurs de vésicatoires, surtout lorsque l'examen du premier jet de l'urine permettra de constater la présence de filaments dans le liquide.

Une application non moins heureuse, que nous avons faite de la médication cubébique, est celle de son emploi dans le traitement de la spermatorrhée. Lorsqu'on réfléchit aux rapports si intimes qui existent entre le col de la vessie et les voies séminales, on se rend compte facilement de l'extension de la phlegmasie à ces organes et spécialement aux vésicules.

Cette marche de la maladie a été exposée si largement par le professeur Lallemand, qu'il n'est plus besoin d'insister sur l'influence étiologique de l'inflammation des parties profondes de l'urètre sur la production des pertes séminales ; il nous l'a montrée produisant également des besoins fréquents d'uriner, des contractions spasmodiques de la vessie, de l'émission involontaire, précipitée, convulsive de l'urine (*Des pertes séminales*, t. I, p. 191).

Le cubèbe répond aux deux sources principales d'indications que pose souvent le traitement de cette maladie : la phlegmasie urétrale et la nature asthénique des accidents éprouvés par les malades. Nous fournissons plus loin un trop bel exemple de sa valeur pour que nous croyions devoir insister longuement pour l'essai de cette médication, dès qu'on aura constaté l'existence de la phlegmasie urétrale.

Toutes les maladies dont nous avons parlé jusqu'ici reconnaissaient pour cause une phlegmasie chronique de la partie profonde de l'urètre, et l'on se rend facilement compte que l'action du médicament, ayant prise sur la cause initiale, finisse par triompher des accidents que cette inflammation a produits.

Les mêmes effets thérapeutiques s'observeront-ils alors que la

lésion initiale est une simple irritabilité du col de la vessie, et que l'urine n'entraîne plus aucune trace de produit de sécrétion? La question valait la peine d'être étudiée.

Voici le résultat de mon premier essai chez l'homme. Un jeune garçon de quatorze ans était affecté depuis sa plus tendre enfance d'une incontinence nocturne d'urine, lorsque sans cause bien évidente, l'affection tend à devenir diurne. Peu à peu l'irritabilité de la vessie et le défaut de réaction du sphincter étaient devenus si considérables que dès que le besoin d'uriner se faisait sentir, la contraction de l'organe avait lieu avant que le malade eût le temps de sortir de l'appartement où il se trouvait. Je parvins, non sans peine, à examiner ses urines et m'assurai qu'elles n'amenaient aucun produit de sécrétion urétrale. Comme il ressentait quelques douleurs sourdes vers le col de la vessie, je pratiquai le toucher rectal et constatai une sensibilité de cette région. L'idée me vint d'essayer l'usage du cubèbe, que je prescrivis à la dose de 8, 12 et 16 grammes, à prendre en quatre fois dans la journée. Le dixième jour de cette médication, ce jeune garçon était guéri de son incontinence d'urine, et à la fin du mois l'incontinence nocturne avait également cessé.

Un médecin allemand, M. Deiters, a signalé depuis cette action du cubèbe contre l'incontinence nocturne d'urine, seulement c'est dans les cas où l'affection se lie à l'atonie du col de la vessie ou à la présence de vers intestinaux que ce médecin a eu à se louer de ce traitement. Il prescrit ce médicament à la dose de deux pincées chez les petits enfants, deux à trois demi-cuillerées à café chez les enfants plus âgés et les jeunes gens, tous les jours et pendant trois à huit semaines. Sous l'influence de ce traitement, dit M. Deiters, l'incontinence diminue graduellement, ne se montre plus qu'à certains intervalles et finit par disparaître entièrement. M. le docteur Fonssagrives nous a dit avoir guéri, à l'aide de la même médication, deux jeunes mousses atteints d'incontinence nocturne d'urine.

M. Dieters ajoute que l'emploi du cubèbe réussit encore contre les pollutions des onanistes et dans les paralysies de la vessie consécutives à des chutes sur la colonne vertébrale. Dans les cas de pollutions nocturnes, surtout chez les jeunes sujets, nous préférons de beaucoup la digitaline, en ce que l'usage de cette substance éteint l'éréthisme génital; on assure cette action en prescrivant en même temps des suppositoires de bromure de potassium. Le cubèbe, au contraire, possède des vertus aphrodisiaques qui doivent le faire donner surtout dans les cas de spermatorrhée diurne et chez les

sujets d'un certain âge. Du reste, nous nous proposons dans un prochain article de déterminer les indications spéciales de la digitale, du bromure de potassium, du lupulin et du cubèbe, dans le traitement de la spermatorrhée.

La note de M. le professeur Trousseau, que nous publions plus loin, nous permet de ne pas insister longuement sur l'incontinence d'urine que l'on observe chez les jeunes filles. La constitution nerveuse de la femme, non moins que la disposition anatomique des voies urinaires, explique la plus grande fréquence de la cystalgie et la rétention incomplète d'urine. Chez elles pas de prostate, et le liquide urinaire est retenu seulement par l'élasticité du col de la vessie et surtout par les fibres musculaires, en forme de sphincter, qui entourent le col ; on comprend donc que, dès que l'irritabilité du plan musculaire devient tant soit peu considérable, la résistance du col cède aux moindres efforts. Chez les jeunes filles le spasme du col vésical est dû, le plus souvent, comme le fait observer M. Trousseau, à des phlegmasies vulvaires qui se propagent dans l'urètre. Chez la femme adulte, les troubles de la fonction urinaire reconnaissent encore pour cause certaines affections des organes voisins. Cette notion étiologique n'a pas échappé à la sagacité des législateurs de notre art. Hippocrate, dans son cinquante-huitième aphorisme, dit qu'à la suite de l'inflammation du rectum et de l'utérus arrive la strangurie; Galien va plus loin encore : lorsqu'une femme est affectée de dysurie et d'ischurie, on doit soupçonner que ces affections ont leur source dans la matrice (*de locis affectis*). Mais ces exemples ne ressortissent pas à notre étude.

Le poivre cubèbe, qui possède une action si incontestable sur les phlegmasies chroniques, alors qu'elles sont localisées au col de la vessie, jouit-il des mêmes propriétés lorsque l'inflammation a envahi la muqueuse de cet organe ? Je n'ai expérimenté cette action que dans un seul cas, celui d'un ténesme vésical provoqué par le molimen menstruel. Voici ce fait, curieux à plus d'un titre : Louise D***, âgée de vingt et un ans, quoique affectée d'une imperforation de la vulve, est très-régulièrement menstruée, depuis l'âge de seize ans ; seulement les règles ne durent qu'un jour, et elles sont accompagnées de douleurs très-vives dans le bas-ventre. Le sang s'écoule par l'urètre, c'est un fait dont on a acquis la certitude depuis qu'une opération est venue rétablir l'ouverture de la vulve ; mais l'exhalation sanguine se produit-elle par la muqueuse vésicale, ou bien le liquide est-il versé dans le réservoir urinaire par une fistule utérine ? c'est un point que je ne peux trancher en ce

moment et dont j'aborderai l'examen lorsque je publierai l'observation complète de ce vice de conformation. Quoi qu'il en soit de la source du sang menstruel, toujours est-il que cette fille souffre d'un ténesme vésical assez intense pendant toute la journée que dure l'écoulement menstruel. Cette sensation est moindre le lendemain et disparaît le troisième jour. En présence de cet accident, j'ai songé à essayer l'action du cubèbe et ai engagé la malade à prendre quatre fois, dans la journée que durent les règles, une petite cuillerée à café de cubèbe, en commençant aussitôt que le sang se montre dans les urines. Dès le premier essai, sous l'influence de la modification subie par le liquide urinaire, le traumatisme vésical disparut presque complétement, et avec lui les douleurs hypogastriques et les contractions pénibles de la vessie, qui en étaient les symptômes. Les effets du médicament n'ont pas d'action sur les accidents de la menstruation suivante, et si la jeune fille oublie ou néglige de prendre ses doses de cubèbe, elle éprouve le ténesme vésical.

Tels sont les faits principaux que nous avons à fournir à l'appui de l'efficacité du cubèbe, dans les cas de phlegmasies chroniques et localisés aux parties profondes de l'urètre, ainsi que dans ceux où il existe une simple irritation du col de la vessie. Dans une note de M. Caudmont, qui paraîtra dans notre prochaine livraison, on trouvera, entre autres enseignements, celui de l'emploi du cubèbe comme moyen de prévenir les accidents fébriles intermittents, qui se manifestent souvent dans ces cas, lorsqu'on est obligé d'avoir recours aux sondes ou aux bougies. Tous ces faits témoignent des ressources précieuses que fournit le cubèbe pour le traitement de certaines affections des voies urinaires.

Il nous reste, pour terminer notre étude, à dire un mot des propriétés dynamiques du médicament, et spécialement de ses bons effets dans les cas de vertiges et de perte de mémoire.

(La fin au prochain numéro.)

THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE.

De l'urétrite simple chez la femme et de son traitement par le poivre cubèbe.

Il est une affection bien commune et bien peu grave, qui préoccupe cependant beaucoup les malades; je veux parler de l'irritation aiguë de la membrane muqueuse du canal de l'urètre chez la

femme. Assez fréquente chez les jeunes filles, plus fréquente chez les femmes mariées, elle est caractérisée par un besoin d'uriner, souvent renouvelé, avec cuisson vive pendant l'émission, et ténesme vésical persistant encore quelques minutes après. J'ai vu des malades qui étaient obligées de se présenter à la garde-robe dix et quinze fois par heure, et qui, après avoir rendu quelques gouttes d'urine, poussaient encore durant une minute et davantage, tant était impérieuse la sensation du besoin d'exonérer la vessie, qui pourtant était parfaitement vide.

Quelquefois, au moment où le premier jet d'urine est lancé, d'autres fois lorsque la malade fait ces derniers efforts dont je parlais tout à l'heure, il s'échappe une petite glaire, tantôt transparente comme du frai de grenouille, tantôt sanglante et ressemblant assez bien à ces glaires sanguinolentes que l'on observe si souvent dans la colite aiguë et dans la dyssenterie.

Il semblerait que, dans ce cas, la phlegmasie de la membrane muqueuse urétrale se propage à celle qui tapisse la vessie.

Je n'ai jamais vu cette maladie prendre de la gravité, en ce sens que rarement elle est accompagnée de fièvre; mais, assez souvent, il y a des douleurs de reins, des douleurs hypogastriques, en un mot des symptômes analogues à ceux que l'on observe dans la cystite et dans la métrite.

Cette maladie s'observe quelquefois à l'état épidémique, dans les pensionnats de jeunes filles, et, dans ce cas, on observe assez souvent du muguet vulvaire, et, ici, il est probable, sinon certain, que l'urétrite est due à la propagation de la phlegmasie de la membrane muqueuse des parties génitales.

Chez les femmes, l'urétrite est assez commune après l'accouchement, après les fausses couches, et au moment des règles. Dans ce cas, elle est transitoire ; souvent aussi, elle persiste longtemps après la cause qui semble l'avoir déterminée.

Dans certains cas, elle est évidemment liée à une diathèse herpétique, et de petites éruptions eczémateuses s'observent en même temps à la face interne et supérieure des cuisses, au dehors et au dedans des grandes lèvres, et il est difficile de ne pas admettre que la maladie de l'urètre reconnaît la même cause.

Quoi qu'il en soit, il est un médicament qui réussit le plus ordinairement dans le traitement de cette maladie, quelle qu'en soit la cause : je veux parler du poivre cubèbe. Déjà depuis plus de vingt ans, j'ai employé cette méthode de traitement, et bien souvent j'en

ai fait l'objet de mes leçons cliniques, soit à l'hôpital Necker, soit à l'Hôtel-Dieu.

Il était tout naturel d'essayer le poivre cubèbe dans l'urétrite simple, alors qu'il agissait si puissamment dans la blennorrhagie vénérienne. Il était tout simple que les résultats fussent encore plus rapides ; et c'est en effet ce qui a lieu.

Il n'est pas besoin, dans le traitement de l'urétrite dont je m'occupe ici, de donner de hautes doses de poivre cubèbe.

En général, on prescrit la poudre à la dose de 2 à 4 grammes, deux fois par jour, au moment des repas. Mieux vaut faire prendre le cubèbe avec les aliments : il est plus facilement supporté, il produit plus rarement des éructations et de la diarrhée, et les malades en sont moins rapidement dégoûtées.

Le médicament doit être continué plusieurs jours, et tant que durent les accidents ; dès que l'on en est arrivé là, on ne donne plus le cubèbe qu'une fois par jour, durant une semaine ; et la semaine qui suit, si l'amélioration continue, on prescrit le cubèbe de deux jours l'un seulement.

Bien que le médicament à lui tout seul suffise le plus souvent, il n'en faut pas moins recommander quelques précautions hygiéniques.

Les boissons doivent être plus abondantes, le régime alimentaire assez abondant et d'ailleurs peu excitant.

J'ai dit que le muguet vulvaire, qui sévit quelquefois épidémiquement dans les pensionnats de jeunes filles, était souvent accompagné de phlegmasie urétrale ; dans ce cas, le poivre cubèbe est encore utile ; mais il n'est plus qu'un agent secondaire. Les lotions souvent répétées avec des solutions boratées très-chaudes, dans la proportion de 15 grammes de borax pour un litre d'eau, les solutions cuivreuses, dans la proportion de 1 à 3 grammes de sulfate de cuivre pour 1 litre d'eau chaude, constitueront la médication principale, tandis que le cubèbe n'aura ici qu'une importance secondaire.

Mais ce même cubèbe deviendra fort utile après la guérison du muguet, lorsque l'urétrite persiste.

J'ai dit que plus souvent encore, surtout chez les femmes un peu avancées en âge, il survenait des affections herpétiques de la vulve, affections qui se propageaient jusque dans le vagin et jusque dans la cavité utérine, mais qui surtout se propageaient à la membrane muqueuse de l'urètre.

Les topiques alcalins, et principalement les topiques mercuriels

suffisent le plus ordinairement à la curation. 10 à 30 centigrammes de sublimé corrosif dissous dans 1 litre d'eau très-chaude; 1 à 3 grammes de sous-carbonate de soude dissous dans le même véhicule, employé matin et soir en lotions longtemps répétées, en injections vaginales, font facilement cesser le prurit et l'irritation, et l'urétrite herpétique disparaît en même temps que l'inflammation de la membrane muqueuse vulvaire. Mais, sans parler du traitement interne général par les arsénicaux ou par tout autre agent que le médecin jugera à propos de prescrire, nous avons encore ici l'occasion d'utiliser le poivre cubèbe, si le besoin d'uriner, si le ténesme vésical, si les cuissons urétrales n'obéissent pas à la médication locale antiherpétique.

Je n'ai pas voulu, en publiant cette petite note, prétendre à l'infaillibilité du poivre cubèbe dans le traitement de la maladie si peu grave dont j'ai esquissé rapidement les traits; j'ai voulu seulement appeler l'attention sur une médication fort simple, très-facile, et ordinairement fort efficace. Professeur Trousseau.

Sur la déchirure de la gaîne tendineuse des péroniers latéraux et sur la luxation de ces tendons.

Par M. Demarquay, chirurgien de la Maison municipale de santé, etc.

Lorsque le chirurgien est appelé près d'un malade ayant fait une chute sur les pieds, d'un lieu plus ou moins élevé, et qu'il n'a reconnu aucune fracture des os du pied ou de la jambe, ni aucune luxation dans les articulations du membre inférieur, il porte généralement un pronostic peu grave, et en cela il a raison, et met sur le compte de l'entorse, les ecchymoses qu'il peut être appelé à constater. Cependant, il existe une lésion traumatique dans les tendons des muscles péroniers latéraux, le plus souvent confondus avec l'entorse, et sur laquelle les auteurs classiques n'appellent jamais l'attention, je veux parler de la déchirure de la gaîne tendineuse des muscles péroniers. M. Robert est le seul qui, dans ses cours et à la Société de chirurgie, ait attiré l'attention sur ce sujet, rapportant d'ailleurs à Monteggia l'honneur d'avoir le premier fixé l'attention sur cette lésion.

J'ai eu trois fois l'occasion d'observer cet accident : une fois, il y a huit à dix ans, dans le service de M. Robert, à Beaujon; une autre fois dans ma clientèle, et tout récemment dans mon service à la Maison municipale de santé. Chez mon premier malade, le fait s'était produit de la manière suivante.

Le sujet de l'observation est un homme de trente-cinq ans, bien musclé et partant assez vigoureux. Il montait dans un manége un cheval difficile; après une lutte assez vive entre le cheval et le cavalier, celui-ci fut jeté par terre; tout le poids du corps porta sur un seul pied, il éprouva au moment de la chute une violente douleur dans la partie inférieure de la jambe et dans le pied. Le blessé ne pouvant marcher se fit conduire chez lui, et voici ce que je constatai : le malade était étendu sur son lit, accusant une assez vive douleur dans le pied droit. L'examen le plus minutieux ne me fit découvrir aucune fracture, ni aucune luxation. Mais je constatai une douleur le long des péroniers, avec une ecchymose assez considérable occupant le même point; de plus, sur la face externe de la malléole externe, on sentait une espèce de corde tendue, roulant sous le doigt et pouvant être ramenée par la flexion du pied et une douce traction dans la place qu'occupent les tendons des muscles péroniers.

Il était bien évident qu'il s'agissait ici d'une déchirure de la gaîne fibreuse des tendons péroniers et d'une luxation de ceux-ci sur la malléole externe; la preuve, c'est que la luxation se produisait et se réduisait à volonté; il a suffi d'une compresse longuette placée le long des parties luxées préalablement réduites, et maintenue par une bande roulée, pour contenir les parties déplacées. On arrosa pendant plusieurs jours l'appareil contentif avec de l'eau tenant en dissolution de l'eau-de-vie camphrée pour triompher de tous les petits accidents : douleur, ecchymose, etc., et au bout de vingt jours de repos, le malade pouvait marcher en s'appuyant sur une canne et en se ménageant beaucoup. Certes, si je n'avais été prévenu de la possibilité de l'accident, j'aurais rapporté à l'ecchymose la lésion que j'ai décrite plus haut, et je suis convaincu que souvent cette déchirure a été méconnue et rapportée à tort à une autre lésion.

Voici le fait que j'ai observé tout récemment dans mon service.

Une jeune fille de vingt-deux ans, d'un tempérament sec et nerveux, assistait le 6 mai dernier à une scène de violence; frappée de terreur et ne sachant comment faire, elle prit le parti de sauter par la fenêtre de la chambre où elle se trouvait; elle tomba ainsi d'un premier étage, sans pouvoir indiquer, la partie sur laquelle elle tomba. Elle se fit porter à la maison de santé, et le 8 mai au matin, je constatai les phénomènes suivants : le genou gauche est le siége d'un épanchement peu considérable et peu douloureux à la pression; il existe sur diverses parties du corps quelques contusions, mais n'offrant aucun intérêt. Le pied gauche est douloureux, la

marche est impossible, un examen minutieux ne fait découvrir aucune fracture, ni luxation. Il existe une ecchymose considérable à la partie postérieure du péronier, s'étendant depuis le tiers inférieur de la jambe jusque sur le dos du pied. L'épanchement de sang comble l'espace compris entre le péroné et le tendon d'Achille. La pression sur cette partie ecchymosée est douloureuse ; de plus, un examen attentif fait découvrir une saillie anormale des tendons péroniers ; on ne les trouve pas, comme chez les deux autres malades que j'ai observés, sur la face externe du péroné, mais il est facile de constater que ces deux cordes tendineuses ne sont plus contenues dans leur gaîne, et qu'elles sont absolument dans les mêmes rapports qu'elles occupent lorsque, après avoir été luxées, on les ramène à leur position normale. Il est très-probable que cette jeune fille est tombée sur le pied ; que, dans sa chute, elle s'est déchiré la gaîne tendineuse des péroniers latéraux, et que des mouvements imprimés au pied auront ramené ces tendons dans leur position normale. Toujours est-il que, chez notre malade, il n'y avait aucune fracture, ni désordre du côté de l'articulation du pied, dont les mouvements étaient non douloureux et bien conservés, tandis qu'il existait une ecchymose considérable le long des péroniers latéraux ; que ceux-ci faisaient une saillie anormale et que la moindre pression le long de la partie inférieure de ces muscles était douloureuse. Une compresse longuette, trempée dans un mélange résolutif et fixée par des compresses et une bande, maintint les choses en place. La malade garda le repos un mois et, le 8 juin, elle sortit guérie, marchant encore avec un peu de peine. Au moment de sa sortie, on constatait encore les traces de l'ecchymose que nous avons signalée plus haut, et un léger empâtement le long de la gaîne des péroniers latéraux, indice certain de la lésion que nous avons décrite plus haut.

En ne tenant compte que de ce que nous avons vu chez notre malade, on pourrait établir deux degrés dans cette lésion. Dans le premier, il y aurait déchirure simple de la gaîne, sans déplacement considérable du tendon. Dans le second, au contraire, il y aurait à la fois déchirure de la gaîne tendineuse et luxation des tendons sur la face externe du péroné. Ce que j'ai constaté sur un malade de M. Robert, et sur le malade que j'ai soigné en ville. D'ailleurs, il suffit, je pense, d'attirer l'attention sur ce sujet pour faire recueillir des observations, qui permettront de fixer la science à cet égard. Le diagnostic de cette lésion est facile ; il suffit d'être prévenu de son existence pour ne pas la méconnaître. Elle ne peut être confondue

qu'avec l'entorse et la fracture du péroné, mais la liberté de la plupart des mouvements du pied, l'absence de crépitation et surtout le déplacement et la saillie anormale des tendons péroniers, joints à une ecchymose considérable, et ayant une forme et une direction en rapport avec les parties lésées, tout cela ne laissera aucun doute dans l'esprit.

Le pronostic n'offrira non plus aucune gravité, le mal étant reconnu; car, autrement, le mal abandonné à lui-même, on comprend qu'il se forme dans la gaîne une cicatrice vicieuse, d'où un déplacement facile des tendons et une gêne notable dans la marche.

Le traitement doit consister : 1° à réduire la luxation des tendons quand elle existe; 2° à les fixer en place par un bandage convenable.

La réduction est facile; il suffit de fléchir le pied sur la jambe avec la main gauche, tandis qu'avec la main droite on ramène les tendons dans leur situation convenable. Cela fait, on applique des compresses longuettes, trempées dans un liquide résolutif, sur le trajet des tendons luxés, et on maintient le tout en place par un bandage roulé. Le malade est condamné au repos. Dans un cas, au bout de quelques jours, j'ai mis un petit bandage dextriné. Chez ma dernière malade, je ne l'ai point fait, à cause de l'ecchymose et de l'état nerveux du sujet. Vingt à trente jours de repos sont nécessaires pour obtenir une cicatrice assez solide pour permettre au malade de marcher.

CHIMIE ET PHARMACIE.

Formule contre les maladies chroniques du rein et de la vessie avec urines muqueuses ou purulentes.

J'ai employé à diverses reprises, dans le traitement des maladies chroniques de l'appareil génito-urinaire, une formule que j'ai vue si habituellement suivie de bons résultats, que je crois devoir la signaler aux médecins praticiens. Voici d'abord la circonstance où j'y ai eu recours pour la première fois.

M. C***, âgé de quarante-cinq ans environ, et ayant toujours joui antérieurement d'une bonne santé, souffrait depuis dix-huit mois des reins et de la vessie; mais les douleurs s'étaient particulièrement localisées dans la région occupée par l'un des reins, le gauche, autant qu'il m'en souvient. A l'époque où je vis le malade, ses urines contenaient constamment une notable quantité de pus,

beaucoup de mucus, et souvent un peu d'albumine. Sa constitution était profondément détériorée ; il était pâle, faible, amaigri, avait presque toujours de la fièvre, qui redoublait le soir ; les extrémités inférieures commençaient à s'œdématier ; en somme, son état était des plus graves et laissait concevoir des craintes pour sa vie. Dépendait-il d'une cystite ou d'une lésion du rein ? Tout me porta à penser que le rein était particulièrement affecté, et que l'inflammation chronique dont il était le siége, intéressait surtout le bassinet et les calices, qu'il s'agissait enfin d'une pyélite, et que de là provenait le pus qui abondait dans les urines ; il y avait sans doute en même temps plus ou moins de catarrhe vésical, comme cela arrive ordinairement en pareil cas.

Diverses médications avaient été inutilement mises en usage, lorsque je formulai la préparation suivante :

Bi-carbonate de soude................	4 grammes.
Baume de Tolu........................	2 grammes.
Sous-carbonate de fer................	1 gramme.
Térébenthine de Venise...............	1 gramme.

Pour 40 pilules.

Ces pilules furent consommées au nombre de dix par jour, pendant deux mois environ, tout autre médicament étant supprimé. Le malade fut en même temps soumis à un régime fortifiant et réparateur. La situation s'améliora avec une remarquable rapidité ; le pus, l'albumine et le mucus diminuèrent progressivement de proportion dans les urines, puis finirent par disparaître ; les douleurs rénales s'amendèrent et cessèrent à leur tour ; l'état chloro-anhémique se modifia avantageusement, et au bout de quelques mois les forces, l'embonpoint, la coloration des tissus étaient revenus à leur degré normal. M. C*** recouvra en un mot toutes les apparences de la santé. Je lui conseillai de ne pas trop se fier à ce rétablissement, qui pouvait n'être que temporaire, et de reprendre de temps en temps l'usage de ses pilules, afin de consolider la guérison. Il suivit ce conseil, et la cure fut définitive, j'en puis donner l'assurance ; car, après avoir observé ce malade pendant plusieurs mois, je le perdis de vue pendant un laps de trois années ; au bout de ce temps, l'ayant retrouvé dans une ville autre que celle où je l'avais primitivement traité, j'eus la satisfaction de constater la solidité d'une guérison qui ne s'était jamais démentie.

Un tel succès me revint naturellement en mémoire, lorsque j'eus par la suite à donner des soins à d'autres individus atteints de maladies chroniques des voies génito-urinaires, et notamment qui me

présentaient des urines purulentes ou tout au moins chargées de mucus. Si tous n'ont pas bénéficié au même degré de l'emploi de la formule qui avait si bien réussi chez mon premier malade, toujours est-il que plusieurs ont aussi radicalement guéri et que tous s'en sont plus ou moins bien trouvés. Beaucoup de lésions organiques du rein et de la vessie résisteront sans doute à ce remède comme à d'autres; du moins quelques-unes pourraient peut-être bien lui céder, et je viens de citer un fait péremptoire et probant à l'appui de ces espérances. Mais ce remède n'eût-il d'efficacité que contre la cystite chronique qui est souvent si grave, et contre le catarrhe vésical qui tend si généralement à une opiniâtre chronicité, il aurait par cela seul un rang honorable à réclamer dans la thérapeutique des maladies des voies urinaires. Je l'ai adressé spécialement aux cas où les urines charrient, soit du pus, soit du mucus en excès, et, je le répète, j'ai presque constamment vu les sécrétions pathologiques de la muqueuse génito-urinaire heureusement modifiées, sinon supprimées, sous son influence.

La formule que je viens de faire connaître et de recommander à l'attention des thérapeutistes est d'ailleurs plus rationnelle qu'empirique, et répond dans ses diverses parties aux éléments les plus habituels des maladies contre lesquelles j'y ai eu recours.

En effet, la réputation du bi-carbonate sodique est faite depuis longtemps dans le traitement des lésions qui affectent les reins et la vessie; soit qu'il modifie leurs sécrétions perverties, soit qu'il agisse comme résolutif ou fondant sur ces organes eux-mêmes, il offre une arme à double tranchant dont la thérapeutique s'est, dans l'espèce, souvent servie avec trop d'avantage pour qu'il ne soit pas légitime de l'appeler à son aide dans des conjonctures pareilles à celles où j'y ai songé. De plus, nous avons dans les balsamiques des médicaments précieux auxquels on ne pense pas toujours assez lorsqu'il s'agit de tarir des sécrétions anormales ou de corriger des fluides naturels viciés par elles; et la muqueuse urinaire est précisément une de celles qui se montrent le plus sensibles à l'action modificatrice des térébenthines et des baumes; l'introduction du baume de Tolu et de la térébenthine de Venise, dans la formule précitée, se justifie donc d'elle-même. Enfin, rien n'est plus commun que de voir une anhémie profonde, une cachexie avancée se lier aux troubles anciens et graves de la sécrétion rénale, et les préparations ferrugineuses ne sauraient être mieux placées qu'en de telles circonstances; on peut même espérer qu'alors, non-seulement elles remontent la constitution détériorée, mais qu'aussi, en raffermissant

le jeu des organes sécréteurs, elles les mettent à même de fournir à nouveau dans les conditions normales leurs fluides naturels.

Les éléments de la formule viennent donc en aide les uns aux autres, et par sa complexité même cette formule peut correspondre aux indications souvent complexes qui se présentent dans les maladies chroniques de l'appareil chargé de la dépuration urinaire.

J. Delioux de Savignac.

Mixture d'iodure de potassium et de lobélie contre l'asthme.

D'après le rédacteur du *Boston medical Journal*, on vend dans cette ville un médicament secret, qui a une grande réputation comme remède spécifique de l'asthme. L'analyse ayant fait voir que l'iodure de potassium constituait l'élément le plus important de cette préparation, ce médecin a été conduit à expérimenter l'usage du sel potassique dans l'asthme et les bons effets qu'il en a obtenus l'engagent à appeler l'attention de ses lecteurs sur cette médication.

Nous trouvons, dans un recueil de formules publié par M. Horace Green [1], la mention d'une formule dans laquelle l'iodure est associé à deux médicaments dont l'expérience a démontré l'action sur certains désordres de la respiration.

Pr. Iodure de potassium..................	8 grammes.
Décocté de polygala..................	160 grammes.
Teinture de lobélie..................	25 grammes.
Teinture d'opium camphré............	25 grammes.

Deux à trois petites cuillerées par jour.

Nous employons avec grand succès cette mixture, dit M. Green, dans le traitement de l'asthme, surtout lorsque cette maladie est compliquée d'inflammation des bronches.

Arsenite de strychnine contre la morve du cheval. — Son mode de préparation.

Voici comment M. Chiappero, professeur à l'Ecole vétérinaire de Turin, prépare l'arsénite de strychnine que M. Grimelli a vanté dans le traitement de la morve et du farcin chez le cheval. (Voir p. 41).

Pr. Strychnine pure cristallisée.............	41gr,95
Acide arsénieux pulvérisé..............	12gr,38
Acide chlorhydrique concentré..........	10 grammes.
Eau ordinaire..........................	800 grammes.

(1) M. le docteur Noirot a publié une traduction complète de cet ouvrage : *Formules favorites des praticiens américains vivants les plus distingués*, par M. le docteur Horace Green, 1 volume in-32 ; Paris, chez Victor Masson.

Mêlez ces substances dans une capsule de porcelaine, faites bouillir lentement la masse jusqu'à ce que tout soit fondu et filtrez à chaud. Par le refroidissement, le liquide se prend en masse cristallisée; la filtration en sépare l'eau mère, qui donne une réaction très-acide et fournit encore par l'évaporation une petite quantité de sel. Ainsi obtenu, l'arsénite de strychnine se présente sous forme de petits cristaux prismatiques très-blancs et transparents; il se dissout dans 300 parties d'eau froide et 16 parties d'eau bouillante.

Si on veut obtenir un bi-arsénite de strychnine, on emploie deux équivalents d'acide arsénieux pour un seul de strychnine, en ajoutant l'acide chlorhydrique en assez grande quantité. Il est, du reste, à craindre que ce nouveau sel ne soit plutôt un mélange d'arsénite et de chlorhydrate de strychnine qu'un bi-arsénite.

Il n'a encore été expérimenté que chez le cheval, à la dose de 20 centigrammes, qu'on a élevée graduellement jusqu'à 60 et 80 centigrammes. Ce sel est donné en pilules dans du pain.

CORRESPONDANCE MÉDICALE.

De l'action dynamique du café et de son emploi dans les hernies étranglées.

En France, les médecins ont généralement admis que l'action dynamique du café est *stimulante*, *tonique*, *excitante*. Mérat et Delens pensaient que cette action du café se circonscrivait sur le cerveau et l'estomac; d'autres auteurs vont plus loin encore, et regardent le café comme stimulant diffusible, analogue à la cannelle et aux alcooliques (Galtier, *Matière médicale*, p. 410).

Comment le vulgaire n'aurait-il pas cru à l'action excitante du café, puisque, aussitôt pris, il ranime, excite le cerveau, allume l'imagination, empêche de dormir, rend agile, éloquent, spirituel, fait digérer à merveille, etc.? Telle est l'observation des gens du monde sur l'action du café. Mais cette observation n'est basée que sur l'effet qu'on éprouve en prenant du café après les grands repas, c'est-à-dire après qu'on s'est stimulé par les aliments et les vins, et que le cerveau est comme engourdi, congestionné, ainsi que l'estomac lui-même. S'il était vrai que l'action du café fût stimulante comme celle de l'alcool, on devrait obtenir le même effet en prenant de l'eau-de-vie après dîner. Or, l'effet est précisément contraire à celui du café: on est engourdi, affaibli, accablé; il y a plus, les

effets de l'ivresse alcoolique sont atténués ou dissipés par le café. Comment donc le café pourrait-il être stimulant ?

Les résultats agréables qu'on éprouve après avoir pris du café à la suite du repas, sont dus à son action antiphlogistique élective, qui dissipe l'état de congestion encéphalique, et non à son action stimulante. Aussi, beaucoup de personnes, qui pourraient avantageusement faire usage du café, comme bon moyen diététique, en sont privées, à cause des fausses théories qu'on a sur son mode d'action. Mais si l'on prend du café quatre ou cinq heures après avoir mangé, quand l'estomac est vide, ou qu'on est fatigué, on ressent une sorte de lassitude générale, un tremblement dans les membres inférieurs, dans les poignets, un sentiment de vide au cerveau et à l'estomac, de la difficulté dans la pensée, de l'apathie, enfin un véritable malaise. Les personnes délicates et bien portantes d'ailleurs, celles qui vivent très-frugalement, celles qui ont les fonctions cérébrales peu actives, peuvent être privées de sommeil quand elles prennent du café extraordinairement, parce que l'équilibre de leurs fonctions organiques est altéré par l'action hyposthénisante du café dont elles n'ont pas besoin, et qui produit alors dans l'organe de la pensée un sentiment de vide, tandis que d'autres naturellement excitables, prédisposées aux congestions, s'en trouvent parfaitement. On donne du café à nos jeunes soldats, en Afrique, pendant les grandes chaleurs ; ils s'en trouvent bien, comme les Orientaux, parce que là tout prédispose aux congestions, que le café prévient ou combat. En Angleterre, on donnait naguère aux ouvriers des mines, pendant leur travail dans des lieux souterrains, du café froid, au lieu de boissons excitantes dont ils avaient besoin : ces malheureux en recevaient le plus grave préjudice (*Annales des mines*).

Dans les dictionnaires et autres ouvrages qui font autorité en médecine, on retrouve encore les mêmes idées sur l'action stimulante du café ; cependant, dès l'année 1833, le docteur Colet expérimentait l'action du café, et voici le résumé de ses nombreuses expériences : « Après qu'on a pris plusieurs tasses de café, on commence à ressentir une espèce de frisson général, de frémissement dans le côté gauche de la poitrine, un poids incommode au-devant du thorax, s'accompagnant de dyspnée, quelques vertiges analogues à ceux de l'ébriété commençante. Si l'on persévère dans l'usage du café, le malaise devient plus profond : les mains, les pieds, sont saisis de froid glacial et d'une sueur froide ; il existe, en outre, une sensation de froid incommode à la partie postérieure de la tête,

Quelquefois ces accidents deviennent plus graves : il survient alors des fourmillements au cuir chevelu, une céphalalgie intense, le trouble de la vue ; la marche devient vacillante, le pouls est faible et irrégulier, la suffocation est imminente et s'accompagne de sensibilité générale et de convulsions. La douleur de l'estomac donne lieu à des spasmes violents ; les mouvements du cœur deviennent douloureux et semblables à de fortes palpitations. Quelquefois, au contraire, l'action de cet organe se ralentit au point de déterminer la syncope : le malade devient ensuite irritable, chagrin et morose » (*London medic. Gazet.*, avril 1833).

L'usage du café, en médecine, est ainsi devenu l'objet d'un assez grand nombre d'essais ; mais c'est surtout à l'occasion de son emploi dans les hernies étranglées que les médecins ont été émus. Aussi, la Presse médicale a déjà enregistré un assez grand nombre de faits, pour prouver l'utilité du café dans les cas d'étranglement herniaire.

A cause de la grande répugnance des malades pour l'opération sanglante, les médecins avaient invoqué l'emploi des remèdes qui peuvent venir en aide au taxis : presque tous les moyens employés, tels que les sangsues, les vessies remplies de glace pilée, les douches froides, la pommade de belladone, etc., agissent directement sur l'anneau. Mais, en 1856, l'attention fut particulièrement appelée sur l'emploi de la décoction de café, que, depuis longtemps, on mettait en usage avec succès dans les Antilles françaises, d'une manière empirique.

On conçoit cependant que, pour les applications du café en thérapeutique, il est essentiel que la question sur son action soit résolue d'une manière positive, car les indications en dépendent immédiatement.

En 1859, j'expérimentai sur moi-même, en plein état de santé, l'action du café pris à froid, à jeun et au lit. Je ne poussai pas l'expérimentation jusqu'à la dernière limite du possible, ainsi que l'avait fait le docteur Colet sur les nombreux individus qui avaient subi ses expériences. Mais je fus jusqu'à ressentir les phénomènes précordiaux, la pâleur du visage, le refroidissement de la peau et des extrémités, l'affaiblissement et successivement la diminution des battements du cœur. Avant de commencer l'expérience, mon pouls battait 69 pulsations ; après la cinquième tasse de café, il était descendu à 61 pulsations. Tous ces signes ne peuvent être attribués à une action excitante : le café agissait donc sur le cœur, en y produisant une espèce de paralysie qui en ralentissait les mouvements.

Voyons maintenant l'action du café sur l'homme malade. Le 2 novembre 1860, le docteur Oscar Lamare, médecin du chemin de fer, fut appelé près du nommé Martin, âgé de trente-quatre ans, tailleur de pierres, employé dans l'entreprise. Cet homme, d'une robuste constitution, portait une hernie inguinale du côté gauche, sans avoir jamais usé d'un bandage. Deux ou trois fois, la hernie s'était refoulée, mais elle avait été réduite par Martin : ce jour-là, elle avait résisté à ses efforts. Le médecin essaya longuement du taxis sans succès : le malade fut envoyé à l'hôpital de Honfleur. Ne pouvant m'y rendre immédiatement, le docteur Oscar Lamare établit Martin sur un lit à plan incliné, de manière à avoir le bassin plus élevé que le thorax, et fit appliquer sur l'étranglement une forte dose d'extrait de belladone, mêlé à un peu d'axonge. Le malade avait vomi une fois avant d'entrer à l'hôpital.

Le 3, à ma visite du matin, que je fis en compagnie du docteur Oscar Lamare, de nouvelles tentatives de taxis furent exercées sans plus de résultat que la veille. Le malade présentait l'état suivant : face un peu colorée ; la tumeur herniaire, longue de 8 à 9 centimètres et grosse comme un œuf de poule, était rénitente, douloureuse, un peu chaude, de couleur rosée : le pouls battait 70 pulsations. Il n'y avait point eu de vomissement dans le courant de la nuit.

Toujours placé sur le lit à plan incliné, je prescrivis au malade la décoction de café, modérément torréfié [1] et récemment moulu. On prépara huit tasses, avec 125 grammes de café, pour en donner une tasse chaque demi-heure.

Nous retournâmes près de Martin, quatre heures après qu'on eut commencé le traitement. Le malade accusait alors un sentiment de grande faiblesse ; il avait fait des efforts pour vomir, causés, selon lui, par le malaise que lui faisait éprouver le café : les huit tasses avaient été données. L'aspect de Martin n'était plus le même : la face était pâle, la tumeur herniaire était tout à fait décolorée et insensible, le pouls battait 59 pulsations. En saisissant la tumeur pour essayer du taxis, l'intestin hernié rentra subitement avec la plus grande facilité et comme de lui-même.

Que s'était-il donc passé, durant que nous nous étions éloignés de Martin? Le café, pris à forte dose, avait ralenti successivement les battements du cœur ; le sang, poussé par l'organe central de la circulation, était arrivé en moindre quantité dans les capillaires :

---

(1) La torréfaction du café ne doit pas dépasser la couleur d'aile de hanneton : au delà de ce degré, l'huile essentielle s'en va.

alors, la congestion avait été amoindrie vers l'anneau inguinal ; les tissus avaient repris peu à peu leurs rapports relatifs, l'éréthisme et l'état de constriction avaient cessé d'être; en un mot, il ne s'agissait plus que de pousser modérément la tumeur, et la hernie disparaissait.

Dans la soirée, on donna un lavement avec quelques gouttes d'huile de croton, qui produisit l'effet attendu : le lit en plan incliné fut supprimé.

Le 4 novembre, Martin était fort bien ; un bandage fut appliqué; l'alimentation fut augmentée, et, le 7, il sortait de l'hôpital.

Je pourrais citer un deuxième fait, parfaitement identique ; mais il ne prouverait rien de plus, et j'ai préféré entrer dans les détails du cas dont le docteur Oscar Lamare avait été témoin et acteur, parce que ce médecin, jusqu'à cette époque-là, avait des opinions différentes des miennes sur l'action du café.

Dans l'étude dont je viens d'exposer le résultat, mon but avait été de vérifier personnellement des observations faites par d'autres praticiens qui ne sont pas encore généralement adoptées. Aujourd'hui, j'engage mes confrères à répéter mon essai. Quand les expérimentations auront produit la conviction chez les expérimentateurs, quand on aura réuni un grand nombre de faits, l'hésitation cessera chez ceux qui peuvent douter, et la foi viendra chez ceux qui nient. Alors, on arrivera à un résultat considérable, puisque, le fait étant introduit dans la pratique courante, l'opération de la kélotomie, qui trop souvent est malheureusement suivie d'une fin fatale, deviendra, pour ainsi dire, sans application, ou sera réservée seulement pour des circonstances exceptionnelles, dans lesquelles les médecins veulent lutter jusqu'au bout contre les causes violentes qui tendent à la destruction de la vie.

Encore un mot sur l'emploi du café chez l'homme malade.

M. Wray, capitaine de vaisseau de la marine royale anglaise, âgé de soixante-dix-sept ans, atteint, depuis un grand nombre d'années, de strictures ou rétrécissements de l'urètre, avait été aux prises, plusieurs fois, avec des rétentions d'urine. En octobre 1860, M. Wray ressentit nuitamment une difficulté à uriner, et le matin, la rétention d'urine était complète : aucune sonde ne put pénétrer dans la vessie. M. Wray était encore affecté d'une bronchite, ce qui empêcha de le mettre dans un bain. Dans cet état de choses, je fis prendre plusieurs tasses de café, et après la cinquième, le malade commença à uriner un peu; le café fut continué, et le lendemain, la miction était facile. Le même accident se reproduisit, en février

1861; on employa encore le café avec le même succès. Ainsi, dans ce cas-là, la constriction et l'état d'éréthisme du col de la vessie cédaient à l'action du café.

Chez les vieillards qui portent des embarras dans le canal de l'urètre, on rencontre fréquemment des accidents de cette nature. J'appelle encore mes confrères à expérimenter un moyen bien simple, qui pourrait mettre fin à l'emploi d'opérations extrêmes, trop souvent suivies de mort.

Dr Lamare Picquot,
Médecin en chef de l'hôpital de Honfleur.

BIBLIOGRAPHIE.

Traité pratique des maladies de l'enfance, fondé sur de nombreuses observations cliniques, par M. F. Barrier, D.-M.-P., ex-chirurgien en chef de l'Hôtel-Dieu de Lyon, professeur de clinique chirurgicale à l'Ecole préparatoire de médecine et de pharmacie, membre de la Société impériale de médecine, de l'Académie des sciences, belles-lettres et arts, vice-président de l'Association des médecins du Rhône, etc. 3e édition, revue et augmentée.

Un des principaux caractères par lesquels l'ouvrage de M. Barrier s'est distingué de ceux du même ordre qui se sont disputé avec lui la faveur publique, celui de MM. Rilliet et Barthez, par exemple, c'est que, pendant que ces derniers se sont inspirés surtout des principes de l'école anatomique, le livre du médecin de Lyon reflète davantage, bien que dans une sage mesure, l'esprit des doctrines vitalistes. Le vitalisme de M. Barrier part-il de l'observation, ou, conçu *à priori*, et comme une donnée logique de la méditation philosophique, n'a-t-il demandé à l'observation que la consécration de l'expérience? Nous ne le saurions dire; dans tous les cas, il y a dans le vitalisme, tel que le médecin de Lyon le comprend dans son application à la théorie de la vie dans l'enfance, une vue d'une très-grande portée, et qui, si elle est admise, doit exercer sur la thérapeutique une très-grande influence; cette vue, nous allons dire quelle elle est. Dans la pensée de notre très-distingué confrère, la vie considérée abstractivement aux différentes phases de l'existence humaine, est une force qui a son maximum d'intensité pendant la période de création intra-utérine, qui continue à conserver un haut degré de puissance, tant que l'organisme est en voie de développement, mais qui décroît progressivement, en tant au moins que quantité, à mesure que l'homme s'éloigne de cette période de lente et successive formation. Mais, à côté de la quan-

tité, il y a dans la force, la qualité, qui est donnée par la qualité même ou la nature du substratum, c'est-à-dire de l'organisation proprement dite. Nous ne savons jusqu'à quel point il est conforme aux saines doctrines de scinder ainsi l'étude métaphysique de la force et d'en étudier la quantité en elle-même, pendant qu'on en étudie la qualité ou la nature dans le substratum qui lui sert de support. La méthode inverse serait plus logique, et, dans tous les cas, elle nous paraîtrait plus en rapport avec les exigences des sciences médicales. Mais nous ne voulons pas nous attarder dans une discussion dont le moindre défaut serait d'être déplacée ici, et nous nous hâtons d'arriver à faire ressortir les conséquences pratiques que tire de sa conception particulière le savant médecin de Lyon.

Bien que la force vitale soit, dans la pensée de cet auteur, à son maximum d'intensité à la période de la vie dont il étudie la physiologie morbide, il n'en pose pas moins pour principe que, dans l'immense majorité des cas, la thérapeutique appliquée aux maladies des enfants doit être d'une excessive réserve. Cette tempérance thérapeutique, à laquelle ont conclu presque tous les auteurs qui se sont occupés spécialement de cette branche de la pathologie, M. Barrier la pose comme un principe, dont bien rarement le praticien doit s'écarter. « Faites peu, très-peu, dans ces maladies, » disait, il y a déjà bien longtemps, Hufeland ; le médecin de Lyon répète cette maxime dans maint endroit de son livre, et nous l'approuvons hautement. Mais, sous la plume correcte, prudente, de l'ancien chirurgien en chef des hôpitaux de Lyon, ce n'est point là seulement un précepte empirique : ce précepte est la conclusion logique de sa manière de comprendre la vie morbide à la période de l'existence où il l'étudie. « Que l'on compare, dit M. Barrier, les effets produits par cette force (force vitale) pendant les neuf mois de la vie intra-utérine aux effets produits pendant les neuf premiers mois de la vie extra-utérine, on voit une différence énorme dans la quantité de ces effets en faveur de la première période. Deux atomes, un ovule et une gouttelette inappréciable du fluide séminal sont, dans l'espace de neuf mois, amenés à l'état d'organes assez parfaits pour accomplir toutes les fonctions essentielles de l'existence. De la naissance jusqu'à neuf mois, un an même, que se passe-t-il de si important dans l'organisme? Le système locomoteur augmente d'énergie, les sens spéciaux entrent en action, l'innervation cérébrale s'est un peu régularisée; mais il n'y a rien de créé, il n'y a eu qu'accroissement et perfectionnement. Quelle immense diffé-

rence ! N'en est-il pas de même pour le reste de la vie ? est-ce que l'enfance ne voit pas s'accomplir beaucoup plus d'actions vitales que la jeunesse, celle-ci que l'âge mûr, et celui-ci que la vieillesse? On pourrait presque affirmer qu'au moment de la naissance il y a eu plus de force vitale employée qu'il n'en sera dépensé pour tout le reste de la vie. » Voilà la raison de la circonspection thérapeutique que prêche, à chaque page de son livre, le docte médecin de Lyon. Ménagez les forces dans les maladies de l'enfance, non-seulement en ménageant les spoliations sanguines, mais encore en n'usant de la diète que dans une sage mesure, en n'employant les agents perturbateurs des grandes fonctions qu'avec prudence ; car, dans l'enfance, la vie a autre chose à faire qu'à réparer les forces que vous lui faites perdre, elle a à créer; car, accroître, qu'est-ce, sinon la création continuée?

Nous avons cru devoir mettre en un certain relief cette donnée fondamentale du livre, déjà fort apprécié dans ses éditions antérieures, du livre du médecin de Lyon, parce que ce qui est bon et juste en soi ne saurait jamais être trop souvent rappelé. Ce principe, sagesse de l'art, donne d'ailleurs la mesure de l'utilité du livre; c'est pour cela que nous avons voulu en faire connaître la caractérisation.

Comme le livre de M. Barrier a été déjà, dans ce journal même, l'objet de diverses appréciations, nous n'entrerons point dans les détails; nous ne risquerons, à ce dernier point de vue, que quelques remarques critiques. Une bonne partie des maladies propres au tube digestif a été exposée sous la rubrique de *Diacrises intestinales;* cette façon de considérer ces maladies est empruntée à M. Gendrin : n'est-ce pas un peu vieillot? et puis quand, détachant de ces maladies une certaine forme morbide, sous le nom de *diacrise muqueuse*, on en a fait la fièvre muqueuse, n'est-ce pas s'exposer, par la confusion des termes, à mettre la confusion dans les choses? Par contre, M. Barrier ne dit rien des fièvres pures proprement dites, de la fièvre éphémère, de la fièvre synoque; si l'auteur s'était, sur ce point, inspiré de l'ouvrage remarquable, en cours de publication, de M. Gintrac, nous pensons qu'il eût évité de laisser dans son livre une lacune qu'on est en droit de lui reprocher. On lui reprochera bien plus vivement encore de s'être borné, dans cette édition, à redire ce qu'il avait dit déjà dans ses éditions précédentes sur l'affection diphthéritique; est-ce que, pour un esprit aussi progressif que le savant médecin de Lyon, toutes les discussions qui ont eu lieu, dans ces derniers temps, sur cette affection sont comme non

avenues? est-ce que le travail de M. Gluber sur l'herpès guttural, est-ce que la distinction essentielle qui existe entre l'angine couenneuse simple et l'angine couenneuse avec atteinte profonde, portée à la vie, telle qu'elle se rencontre souvent dans les épidémies, est-ce que tout cela est pure nuance, et ne valait pas la peine d'être largement étudié dans un livre devenu presque classique? C'est là une lacune que nous avons été étonné de trouver dans l'ouvrage, si complet d'ailleurs, du savant médecin de Lyon; c'était notre devoir de la lui signaler, comme c'est notre espoir que, dans un avenir peu éloigné, il la comblera.

BULLETIN DES HOPITAUX.

Du diabète graisseux ou pimélorrhée. — M. Bouchardat, dans le supplément à son *Annuaire*, publie une note que nous plaçons sous les yeux de nos lecteurs, afin que, l'occasion venant, ils puissent combler quelques-unes des lacunes que laisse encore l'étude de ce point de pathologie spéciale. Notre savant confrère ne voulant rien préjuger quant à la nature de l'affection, la désigne sous le nom de *pimélorrhée*, de πιμελή, graisse, et ῥέω, je coule, nous ne croyons pas trancher la question en la nommant *diabète graisseux*. Le diabète est une maladie générale dont le caractère principal est l'élimination d'un produit qui doit rester dans l'économie, et de même qu'il y a un diabète sucré, il peut y avoir un diabète graisseux; ce sont donc deux formes d'une même affection plutôt que la transformation d'une forme en l'autre. Mais laissons là cette question de pathologie générale pour donner la parole à M. Bouchardat qui, du reste on le verra, finit sa note en admettant cette même donnée.

Il est une terminaison très-rare de la glycosurie sur laquelle je désire appeler l'attention des observateurs, bien que les faits peu nombreux qui vont servir de point de départ à cette étude n'aient pas été complétés par moi, comme je l'aurais désiré. Il est si difficile, pour le médecin qui ne voit en consultation que des malades le plus souvent étrangers à la localité qu'il habite, de continuer les recherches qu'il a instituées!

Quoi qu'il en soit, comme les cas rares portent avec eux des enseignements qu'il ne faut pas laisser perdre, je me décide à tracer les premiers traits de cette très-curieuse modification de la glycosurie.

Le plus souvent, les glycosuriques dont le régime est dirigé avec

intelligence reprennent leur énergie et les principaux attributs d'une bonne santé, dans un espace de temps très-court; mais j'ai vu chez quelques-uns les phénomènes généraux de la maladie persister, malgré une diminution considérable, ou même la disparition de la glycose. La quantité des urines rendues en vingt-quatre heures ne dépassait pas un litre et demi. Ces phénomènes étaient l'amaigrissement, l'affaiblissement général, et, en particulier, de la vue, de la mémoire, des fonctions génésiques, etc.

Le plus souvent, cette persistance de la maladie générale, malgré la disparition d'un symptôme important, s'observe quand l'affection est déjà ancienne, elle tient souvent à de l'anorexie, et à de l'insuffisance d'alimentation, par suite d'un régime dirigé sans intelligence, ou avec ces caprices si communs aux glycosuriques; mais il est une autre cause de dépérissement, malgré de bonnes apparences, sous le point de vue de la glycosurie (conservation de l'appétit, disparition de la glycose des urines), la voici : c'est l'irrégularité, la fréquence et l'abondance des excrétions alvines.

Beaucoup de glycosuriques présentent la condition de constipations opiniâtres, accompagnées périodiquement d'évacuations alvines très-abondantes, et quelquefois de vomissements bilieux. Ces débordements de bile, comme ils les appellent, sont suivis d'une période d'extrême prostration.

Voici un cas qui m'a paru très-intéressant. Chez un de mes malades, les urines étaient revenues à leur quantité et à leur composition normales, malgré un large usage des féculents que je supposais complétement utilisés, et cependant, toutes les conséquences d'une réparation insuffisante se révélaient et s'aggravaient chaque jour.

C'est alors que j'eus la pensée d'étudier avec le plus grand soin toutes les excrétions, et l'excrétion alvine en particulier. Les matières excrémentitielles, rendues par cinq ou six selles dans les vingt-quatre heures, pesaient en moyenne 427, au lieu de 180 ou 200. L'augmentation de quantité n'était pas le phénomène le plus remarquable. Leur couleur était noire, leur odeur peu prononcée, leur consistance demi-solide; mais ce qui était surtout digne d'attention, au moment où elles étaient rendues, elles étaient surnagées d'une huile abondante qui se solidifiait par le refroidissement.

Cette évacuation de matières grasses durait un grand nombre de jours, le malade en perdait ainsi de 100 à 150 grammes dans les vingt-quatre heures.

Je fis éliminer, autant que possible, les corps gras de l'alimentation; la graisse persistait malgré cela dans les matières excrémenti-

tielles, et s'éleva à un chiffre plus élevé que celui des matières grasses qui intervenaient forcément dans l'alimentation, car presque tous nos aliments usuels contiennent une petite quantité de matières grasses, qu'on ne saurait leur enlever sans les dénaturer.

Cette graisse évacuée avec les excréments était composée d'oléine, de margarine, de stéarine, avec des traces de cholestérine.

Voici les deux moyens qui me réussirent, à plusieurs reprises, à diminuer ou à supprimer ces pertes de graisse : 1° diminution des corps gras et des féculents dans l'alimentation ; 2° exercice régulier et aussi énergique que possible.

Malheureusement ce dernier moyen, le seul vraiment efficace, ne put être employé avec persévérance par le malade qui a été, pour moi, le sujet principal de ces études. Des fonctions sédentaires l'enchaînaient une grande partie du jour ; une dernière atteinte de cette diarrhée grave l'affaiblit tellement qu'il succomba.

Cette transformation de la glycosurie, aussi complète que celle que je viens de faire connaître, doit être très-rare; mais je regarde comme très-probable qu'un grand nombre de glycosuriques perdent, à certaines périodes de leur maladie, plus de matières grasses que dans les conditions de la santé.

Cette perte de matières grasses peut dépendre de causes complexes. Les graisses ingérées peuvent être imparfaitement émulsionnées et par conséquent mal absorbées, par suite d'une affection du pancréas.

J'ai en effet signalé la coexistence d'une affection du pancréas et de la glycosurie, et M. Cl. Bernard a établi par les expériences les plus nettes ce fait que nous avions énoncé, Sandras et moi, que le suc pancréatique était l'agent principal de l'émulsionnement, et par conséquent de l'absorption des corps gras.

Dans la maladie qui nous occupe, cette cause ne me paraît pas suffire pour expliquer la perte constante et considérable de graisse, quand les aliments gras étaient écartés autant que possible du régime.

Je regarde comme très-probable que dans ces conditions les féculents sont exagérément transformés en corps gras [1], et que l'affection n'est qu'une simple transformation de la glycosurie. Dans cette dernière maladie il y a perte de sucre par les urines, dans la pimélorrhée [2] il y a perte de matières grasses par l'appareil digestif.

[1] M. Cl. Bernard a démontré que, partiellement au moins, les féculents ou les glycoses servaient à la formation de la graisse.

[2] Le nom de *pimélorrhée* ne préjuge rien sur la nature de la maladie, il en indique seulement le phénomène principal, la perte de la graisse.

Ces matières grasses sont très-probablement alors évacuées avec la bile.

Dans les deux formes de la maladie, les symptômes sont les mêmes ; ils sont plus prononcés dans la pimélorrhée que dans la glycosurie.

Quelle que soit l'interprétation qu'on veuille donner à ces faits, ce n'est pas moins une chose très-intéressante, que de voir cette alternance dans la perte des deux principaux éléments de calorification, matières grasses et glycose, produire les mêmes modifications pathologiques. C'est un nouveau rapprochement physiologique entre deux ordres de matériaux, qui jouent un si grand rôle dans les phénomènes de la vie.

RÉPERTOIRE MÉDICAL.

Cautérisation sulfurique ; *son application au traitement des névralgies.* La cautérisation n'a plus à faire ses preuves dans le traitement des névralgies intenses et rebelles; et depuis qu'à la cautérisation transcurrente préconisée par Valleix, qui lui a dû de beaux succès, M. Legroux a substitué un procédé moins effrayant pour les malades et tout aussi efficace, au moins dans la grande majorité des cas, à savoir la cautérisation sulfurique, cette méthode thérapeutique tend à s'introduire dans la pratique journalière. Cependant il est certain que bon nombre de médecins reculent encore ou recuIeraient à l'occasion devant l'emploi de ce moyen, bien qu'il soit excellent et véritablement dénué de tout inconvénient et de tout danger, à condition, bien entendu, qu'il soit appliqué d'une manière convenable. Sans exposer ici le *modus faciendi*, qui est certainement connu de la plupart de nos confrères, et sur lequel on peut au besoin consulter le mémoire que M. Legroux a publié dans le tome XLIII de notre collection, disons que les résultats obtenus par M. Henri Gintrac à l'hôpital Saint-André de Bordeaux sont bien propres à encourager les praticiens à entrer dans cette voie.

C'est M. Louis Sentex, interne et aide de clinique à cet hôpital, qui a fait connaître ces résultats, en publiant dix observations de névralgies, dont sept sciatiques, deux crurales et une cubitale, recueillies dans le service de son maître. Sur ces dix cas, tous parfaitement caractérisés au point de vue du diagnostic, tous intenses, et dont plusieurs avaient résisté à d'autres moyens rationnels et ordinairement efficaces, la guérison a été obtenue dans neuf, au moyen de la cautérisation sulfurique. D'après les remarques du jeune auteur, c'est presque immédiatement après l'application du caustique que la douleur névralgique a disparu; quelquefois elle n'a disparu que sur la surface cautérisée, persistant dans des points plus ou moins éloignés, mais toujours sur le trajet du nerf. Dans ces cas, l'on comprend qu'il faut poursuivre cette douleur par de nouvelles applications. En général, la guérison a été d'autant plus prompte, que l'acide sulfurique a déterminé une escarrification épidermique sèche. L'amélioration n'a été que momentanée lorsque les cautérisations ont été trop superficielles; mais il est positif que la formation d'une escarre suivie de suppuration est inutile : aussi, comme le professait Valleix, et comme l'expérience l'a démontré à M. Legroux et à M. Gintrac, il suffit d'une cautérisation purement dermique pour guérir les névralgies.

Conjonctivite granuleuse *avec kératite ulcéreuse d'origine miasmatique, guérie par le sulfate de quinine.* L'origine miasmatique d'une maladie, quelle qu'en soit d'ailleurs la forme, est l'une des indications les plus précieuses et les plus positives de la thérapeutique, et le résultat du traitement est, dans les cas douteux, la

démonstration la plus péremptoire de l'influence étiologique présumée. En voici un nouvel exemple entre cent, rapporté récemment à la Société de médecine pratique de Paris, par M. le docteur Mourlon.

M. W***, capitaine au train des équipages de la garde, âgé de quarante-cinq ans, lymphatique, robuste, habituellement bien portant, a ressenti, vers le 15 janvier, des frissons dans tous les membres, et des picotements dans la paupière inférieure droite. Le 20 janvier, l'œil était enflammé; les picotements étaient continuels. L'état s'aggrave le lendemain, et voici ce que l'on trouve le 22 : les paupières sont gonflées; la conjonctive palpébrale et oculaire rouge, injectée; photophobie; sensation de grain de sable dans l'œil; nuage ancien au centre de la cornée, non assez épais pour empêcher la vision; en bas, kératite légère; cornée opaque, ramollie; céphalalgie; face vultueuse; un peu de fièvre; embarras gastrique. M. W*** a habité longtemps l'Afrique; il y a contracté une fièvre intermittente, pour laquelle il a pris beaucoup de sulfate de quinine. Pas de nouveaux accès depuis son retour en France en 1859. En mai 1858, il eut une ophthalmie grave à Alger; il fut traité à l'hôpital militaire par des sangsues, des cautérisations au nitrate d'argent. En octobre de la même année, retour des accidents beaucoup plus violents. (Purgatifs, vésicatoires, séton, occlusion de l'œil.) Après trois mois de séjour à l'hôpital, il vint à Paris où il séjourna trois mois encore au Val-de-Grâce, pour une petite ulcération de la cornée. C'est là la cause de la taie mentionnée plus haut.

M. Mourlon pensa tout d'abord à l'existence d'une fièvre larvée; cependant il crut devoir commencer par employer les moyens ordinaires : sangsues, collyres opiacés, pédiluves sinapisés, purgatifs, occlusion de l'œil. Le 24, granulations dans le cul-de-sac conjonctival inférieur; ulcération de la cornée. (Sulfate de quinine, 0,50; collyre au nitrate d'argent, 0,50, p. eau, 60.) Le 26, il y a un peu de mieux. (Sulfate de quinine, 0,70.) Du 28 au 3 février, jour où la guérison est complète, M. Mourlon augmente de 0,10 tous les jours la dose du sulfate de quinine; il fait continuer l'usage d'un gramme de ce sel pendant six jours après guérison. (*Gaz. des hôpit.*, juin 1861.)

Hernies. *Doit-on faire porter un bandage simple ou double aux personnes atteintes d'une seule hernie?* Telle est la question que M. le docteur Jalade-Lafond a cherché à résoudre d'après les faits de la pratique usuelle. Pour les chirurgiens, un bandage simple est suffisant. La plupart des bandagistes, et principalement ceux qui font usage des ressorts anglais, adoptent une conduite opposée, appliquent toujours un bandage double. De quel côté est la meilleure pratique? qui a raison des chirurgiens ou des bandagistes? Pour résoudre cette question, il fallait se bien rendre compte de quelques-unes des conditions étiologiques de la formation d'une hernie.

Soit une hernie inguinale, dit M. Jalade-Lafont; c'est sur de simples aponévroses sans fixité, que viennent se terminer les fibres des muscles abdominaux, leur véritable point d'appui étant supérieur ou externe. Si donc une faiblesse, une débilité vient à frapper ces muscles dans leur condition fibrillaire, elle devra surtout se faire sentir dans la région inférieure, c'est-à-dire dans la région inguinale. Les muscles de l'abdomen, comme une corde plus ou moins tendue, suivant que les extrémités en sont fixées plus ou moins solidement, se relâchent facilement, les fibres se détendent, les ouvertures herniaires s'élargissent et deviennent béantes. D'un autre côté, les fibres de ces muscles presque convexes postérieurement dans leur partie inférieure chez le jeune enfant, directes ou à peu près chez l'adulte, deviennent concaves d'avant en arrière et de haut en bas chez l'homme dont le ventre prend du développement.

Ainsi, on a deux causes de faiblesse bien appréciables : 1° le défaut de fixité d'un point d'insertion; 2° l'excès de longueur de la corde.

Après ces considérations, la réponse à la question semble facile. Chez les enfants dont les fibres musculaires sont convexes d'arrière en avant, la seconde pelote ne peut tendre qu'à augmenter cette convexité; donc elle est nuisible. Chez l'adulte, dans sa conformation ordinaire, elle ne présente aucun avantage; plus tard, son utilité n'est pas contestable. On comprend facilement, en effet, qu'une région déjà faible par elle-même, affaiblie encore par les modifications que l'âge amène ou par une conformation défectueuse, a besoin d'être soutenue.

Les ressorts herniaires agissent de l'une ou de l'autre des deux manières

suivantes, par puissance ou par résistance. La puissance doit exister principalement dans le ressort; quelquefois et par exception dans la pelote; par exception, car le rôle de pelote est d'une manière générale simplement un rôle de transmission.

Suivant donc les circonstances d'âge et de conformation, le ressort, pour être utile, sera élastique, agissant par puissance ou bien simplement résistant. Ces mêmes circonstances devront diriger dans l'emploi d'un bandage simple ou double, lorsqu'il n'existe qu'une seule hernie; et comme conclusion, M. Jalade-Lafont croit pouvoir poser cette règle, à savoir : qu'à moins d'une conformation vicieuse, on ne doit pas faire porter un bandage double avant l'âge de trente-cinq ans; mais que, passé cet âge, son emploi est d'une utilité incontestable. (*Gaz. des Hôpit.*, juin 1861.)

Hypertrophie des amygdales. *Douches dans la gorge; appareil approprié.* On sait combien certaines angines glanduleuses sont rebelles et avec quelle difficulté on obtient la résolution des engorgements des amygdales, une fois cet engorgement devenu chronique et passé à l'état d'hypertrophie. L'ablation des amygdales est le seul remède qui reste; or, bien que cette opération soit généralement assez bénigne, elle expose quelquefois à de graves accidents, et notamment à des hémorrhagies incoercibles. De la considération de ces dangers est née l'idée de diriger des douches médicamenteuses sur ces organes. Un rapport lu récemment à l'Académie de médecine, par M. Blache, sur un travail de M. Lambron, touchant ce point de thérapeutique, a fait ressortir toute l'utilité et tous les avantages de cette méthode. Voici quelques renseignements sur le procédé et les appareils d'exécution de cette méthode, d'après une communication faite sur ce sujet, par M. Lambron, à la Société d'hydrologie.

L'appareil dont se sert notre confrère, pour administrer les douches pharyngiennes, consiste en une pompe aspirante et foulante destinée à élever l'eau minérale de la source même ou d'un réservoir disposé à cet effet, et à la soumettre à une pression de six atmosphères. Un tuyau d'un diamètre de 1 centimètre à 1 centimètre 1/2, conduit l'eau dans la cavité de la pompe à un robinet fait sur le modèle du robinet de l'appareil à pulvérisation de M. Sales-Girons; c'est-à-dire que ce robinet, au lieu d'être percé de part en part par son centre, comme à l'ordinaire, est seulement entaillé sur la circonférence, de telle sorte qu'en présentant la partie étroite ou élargie de cette fente à l'ouverture faite au barillet de ce robinet, on a un jet d'eau ou d'une finesse extrême ou d'une certaine grosseur. Avec le premier, on obtient une bruine très-propre à pratiquer des aspirations d'eaux minérales; le second, maintenu dans de certaines proportions qu'indique le tâtonnement, est celui qui convient à la production de la douche pharyngienne. Ce jet va se briser sur une plaque disposée de manière à ce qu'on puisse l'approcher ou l'éloigner, l'abaisser ou l'élever suivant le besoin. Là, l'eau, réduite en gouttelettes, rejaillit sous forme d'une gerbe ou d'un pinceau à une hauteur de 3 à 4 pieds (1 mètre à 1m,33). Pour recevoir cette gerbe d'eau dans le pharynx, il suffit de placer la bouche au-dessus de la plaque, en prenant une position telle que la direction de l'isthme du gosier soit en ligne directe avec le trajet suivi par les gouttelettes jaillissantes. L'eau qui retombe dans la bouche est reçue sur une table cuvette, munie d'un tuyau pour conduire cette eau dans des vases disposés à cet effet.

Cette douche est spécialement destinée aux maladies chroniques du pharynx, et plus particulièrement à la cure de l'affection connue sous le nom d'angine glanduleuse ou folliculeuse.

Les expériences faites jusqu'ici ne sont pas d'assez longue date pour qu'on puisse établir la valeur thérapeutique de ce nouveau moyen balnéaire. Cependant, installé par les soins de M. Lambron à Bagnères-de-Luchon, et par ceux de M. François à Cauterets, on a donné dans la première de ces stations 1,931 douches, et dans la seconde plus de 4,000. Les résultats obtenus jusqu'ici dans l'une et dans l'autre station sont assez satisfaisants pour bien augurer de l'avenir. (*Union méd.*, mai 1861.)

Morve *chez le cheval; son traitement par l'arsénite de strychnine.* L'inanité des ressources de la thérapeutique en face de la maladie, confirmée chez le cheval, a engagé un journal spécial à rappeler les résultats de quelques essais tentés à l'École vétérinaire de Turin, avec un sel double d'arsenic et de strychnine. Nous avons donné

plus haut, à la *Pharmacie* (p. 27), la composition de ce sel, proposée par M. Grimelli. MM. Ercolani et Bassi, professeurs à l'Ecole vétérinaire, ont constaté qu'un gramme d'arsénite de strychnine, administré en une fois à un cheval de haute taille, déterminait, au bout de vingt minutes, les phénomènes convulsifs particuliers à l'empoisonnement par la strychnine; qu'avec 60 centigrammes seulement on ne produisait qu'une légère contraction musculaire. En conséquence, dans les cas de morve, ils administrent une dose de 20 centigrammes, qu'ils élèvent graduellement jusqu'à 60 et 80 centigrammes. Ce remède, comme nous l'avons dit déjà, est donné en pilules dans du pain.

Les expériences ont paru démontrer que le bi-arsénite est plus efficace que l'arsénite. Sur 40 chevaux affectés de morve simple ou farcineuse, de farcin seulement, ou de morve avec épithéliome (catarrhe nasal chronique) et traités, tantôt par le premier sel, tantôt par le second; il en est 30 chez lesquels les résultats du traitement peuvent être appréciés (20 cas de morve chronique, 4 de farcin, 4 de morve farcineuse, 2 de morve avec épithéliome). Or, de ces 30 chevaux, 18 ont guéri et 12 ont été sacrifiés comme incurables. Tel est le simple récit des faits. Nous croyons que ceux-ci auraient grand besoin de confirmation; mais il ne nous est pas permis de les juger. Ce que nous pouvons dire seulement, en toute certitude, c'est que, en France, où l'arsénite de strychnine n'a jamais été expérimenté, la guérison de la morve n'a jamais été constatée dans une telle proportion. (*Journ. des vétérinaires de Toulouse*, juin 1861.)

Morve *chronique chez l'homme; guérison*. Nous avons exposé très-sommairement, il y a trois ans, un cas de morve chez l'homme suivie de guérison. Ce fait est en ce moment l'objet d'une importante discussion à l'Académie de médecine sur la double question de savoir : si la guérison, dans ce cas, a bien été due aux moyens de traitement mis en usage ou aux seuls efforts de la nature, et si, d'une manière générale, la morve, considérée généralement comme une maladie incurable et fatalement mortelle, ne présenterait pas à de certains degrés des conditions de curabilité qu'il s'agirait de chercher à déterminer. Comme ce fait est de nature à inspirer un vif intérêt en ce moment et qu'il peut servir de point de départ pour de nouvelles recherches thérapeutiques, nous croyons devoir en rappeler les principales circonstances.

Le nommé Bardin, palefrenier, d'une forte constitution et d'un tempérament sanguin, dans des conditions antérieures excellentes de force et de santé, est pris tout à coup de frissons, de céphalalgie extrême, de douleurs à l'épigastre, d'envies de vomir et de souffrances intolérables, dans les membres inférieurs notamment. Puis des abcès nombreux apparaissent successivement, les uns dans l'épaisseur des muscles, les autres sous la peau, qui deviennent fluctuants d'emblée, sans présenter à leur pourtour de traces d'engorgement inflammatoire. Quelques-uns restent fistuleux pendant un certain temps; les autres se remplissent plusieurs fois après leur évacuation première, puis se cicatrisent rapidement, ensuite se manifestent des douleurs arthritiques très-tenaces; puis survient un enchifrènement accompagné de reniflements fréquents et d'expuition de mucosités épaisses et sanguinolentos, venant évidemment des fosses nasales. Puis on découvre sur la cloison une ulcération grisâtre, qui détruit peu à peu la muqueuse, le tissu sous-jacent et met le cartilage à nu.

Pendant un certain temps, cet homme resta entre la vie et la mort, en proie à des douleurs articulaires et musculaires atroces, sans sommeil, épuisé par la suppuration abondante qui s'échappait des plaies béantes de ses abcès multiples; puis, peu à peu, il prit le dessus, il récupéra graduellement ses forces, grâce à un bon régime alimentaire; ses abcès se fermèrent successivement, le fond du chancre nasal se couvrit de bourgeons charnus de bonne nature, et enfin à la place qu'il occupait, s'établit une cicatrice déprimée blanchâtre, d'apparence fibreuse et à fibres rayonnées très-distinctes, identique d'aspect aux cicatrices de la trachée, que l'on trouve d'une manière constante à l'autopsie des sujets qui succombent à la morve chronique.

D'après les renseignements recueillis sur B***, on apprit que pendant les vingt ou vingt-cinq jours qui précédèrent sa maladie, il avait eu à panser un cheval malade. Ce cheval était d'une extrême faiblesse, il tombait pendant son travail et même quelquefois alors qu'on cherchait à l'atteler; il jetait par les naseaux; les jambes

étaient engorgées à leur partie inférieure, et il y existait des points de suppuration; depuis trois jours, il refusait toute espèce de nourriture. Conduit chez un vétérinaire, il fut déclaré morveux et on le fit abattre, deux jours avant l'entrée de B*** à l'hôpital.

Voici les moyens de traitement qui ont été mis en usage.

Au début, le diagnostic n'étant pas encore fixé, on s'est contenté de faire la médecine des symptômes (saignée, diète et boissons délayantes). Quelques phénomènes saburraux et la constipation engagèrent à recourir aux évacuants, et, plus tard, on administra le kermès minéral contre une légère bronchite. Plus tard, la fièvre ayant cessé, et l'apparition d'abcès successifs faisant soupçonner l'existence du farcin, on eut recours aux toniques: quinquina en tisane, vin de Bordeaux, alimentation fortifiante. Enfin, malgré ces moyens, l'amaigrissement et l'affaiblissement faisant des progrès, en même temps que l'apparition des lésions nasales achevait d'éclairer le diagnostic, on essaya un médicament jusqu'alors inusité contre la morve, l'iodure de soufre. M. Bourdon s'inspira, pour faire cette tentative, des succès que d'autres expérimentateurs semblent avoir obtenus de l'emploi isolé, soit de l'iode, soit du soufre, dans le traitement du farcin chronique de l'homme et du cheval. L'iodure de soufre fut administré à la dose de 10 centigrammes par jour dans 30 grammes de sirop. Peu de jours après que ce médicament eut été administré, la maladie se modifia avantageusement et commença à rétrograder. Quelques troubles des fonctions digestives ayant fait suspendre l'administration du médicament, les symptômes parurent s'aggraver; puis après, le traitement ayant pu être repris, l'amélioration se montra de nouveau pour ne plus s'arrêter cette fois dans sa marche progressive. A ce traitement interne fut associé l'usage des bains sulfureux, et l'on continua simultanément l'emploi des toniques. Enfin le malade avait été placé dans une salle dont la ventilation par insufflation est extrêmement active. Quant au traitement local, il a consisté dans l'ouverture des abcès, aussitôt que la fluctuation pouvait y être perçue, et dans l'obstacle opposé à ce qu'ils se fermassent trop vite. Des vésicatoires volants furent appliqués sur les articulations douloureuses; enfin, l'ulcération nasale fut touchée, de temps à autre, d'abord avec un pinceau imprégné de teinture d'iode, et, plus tard, avec le crayon de nitrate d'argent.

Dans l'opinion de M. Bouley, rapporteur, il n'y a aucun doute que cet homme a bien eu une morve chronique farcineuse. L'honorable académicien n'est point aussi explicite à l'égard de l'appréciation de l'influence qu'a pu avoir le traitement et en particulier l'iodure de fer sur la guérison; il n'ose point se prononcer d'après un seul fait sur la part de ce dernier agent sur la solution heureuse de la maladie; mais il incline à penser que c'est à l'ensemble des moyens mis en usage par M. Bourdon, le régime tonique fortifiant, combiné avec une bonne ventilation et un ensemble de soins hygiéniques des mieux entendus, qu'il faut surtout attribuer ce résultat.

Nous tiendrons nos lecteurs au courant des résultats de cette discussion, sur le point qui nous intéresse particulièrement. (*Bullet. de l'Acad. de méd.*, juin 1861.)

Ophthalmie catarrhale *guérie par des piqûres d'abeilles.* M. le docteur A. Del Pozo rapporte dans un journal espagnol (*Siglo medic.* etc.) qu'un homme de trente-deux ans, lymphatico-nerveux, ayant déjà contracté, dans l'hiver de 1857, une ophthalmie qui dura sept mois, en fut repris en mars 1860, après s'être exposé à un vent du nord très-froid. Les deux yeux étaient le siége d'une abondante sécrétion muqueuse. Collyres astringents variés, pommades, pédiluves, sinapismes, purgatifs répétés, etc., tout était resté inutile; et le malade était à peu près abandonné, lorsque le 25 juillet, il fut piqué fortuitement par une abeille à la partie externe du sourcil gauche. Un gonflement immédiat s'ensuivit. Mais le lendemain en s'éveillant, le malade fut agréablement surpris de pouvoir ouvrir l'œil gauche, sans être incommodé par la lumière et sans trouver de sécrétion purulente. Soupçonnant que la guérison était due à la piqûre de l'abeille, il se soumit trois jours après à une seconde piqûre, qui eut lieu à la région frontale inférieure droite, laquelle produisit le même résultat thérapeutique que la précédente sur l'œil droit.

Cette guérison est-elle due à la révulsion ou à l'absorption du virus de l'abeille? M. le docteur Desmartins, de Bordeaux, rapporte à cette occasion

et comme document propre à aider à la solution de cette question et du point intéressant de thérapeutique qui s'y rattache, le fait suivant, dont l'auteur est M. de Gasparin. « Un rhumatisme musculaire me tenait dans un état de souffrances continues, dit ce savant, et j'avais employé en vain les eaux d'Aix et de Saint-Laurent, lorsqu'un jour je fus piqué fortuitement au poignet droit par une guêpe. Mon bras, qui était très-douloureux, enfla immédiatement, mais la douleur disparut de même. En voyant cet heureux résultat, je me fis piquer le lendemain sur le trajet de la cuisse et de la jambe, ce qui me délivra de mes douleurs. Dès lors je recouvrai tous mes mouvements. Quand la douleur ou un simple engourdissement reparurent, j'eus recours au même moyen, toujours avec le même succès. Je me fit également piquer au cou, sur les côtés et le devant du thorax pour une bronchite intense qui disparut rapidement, et depuis, le catarrhe qui était mon indisposition habituelle de tous les hivers n'a plus reparu. »

Voici, si l'on croyait d'après ces indications pouvoir recourir à ce mode de révulsion ou de modification organique énergique, quel serait le moyen qu'il faudrait employer : c'est celui qui a été indiqué par M. de Gasparin lui-même. Il suffit de placer les guêpes ou les abeilles sous un vase où, après s'être agitées, elles restent bientôt immobiles. On les saisit avec de petites pinces, et en les appliquant sur la partie douloureuse, elles piquent immédiatement sans produire grand mal. (*Union méd.*, juin 1861.)

Paralysie *des couturières*; *électrisation*. Il est une affection fréquente, non décrite dans les auteurs, et sur laquelle M. le docteur Van Holsbeek appelle l'attention : c'est la paralysie des couturières, affection qui a un certain air de famille avec la crampe des écrivains. Elle consiste dans la perte totale ou partielle de la sensibilité des bouts du pouce et de l'index de la main droite, et dans l'impossibilité plus ou moins complète de tenir l'aiguille à l'aide de ces doigts. Quelquefois, mais rarement, cette paralysie atteint également les deux premiers doigts de la main gauche, qui maintiennent en place l'objet à coudre.

Les muscles des doigts de la main droite qui, chez les couturières, sont mis en jeu dans l'action de coudre, diminuent fréquemment de volume et finissent, plus ou moins promptement, par perdre leur contractilité. Ce sont surtout les muscles opposant du pouce, le court fléchisseur et l'adducteur de ce doigt, les deux premiers lombricaux et l'interosseux abducteur de l'index que frappe la paralysie. La peau de la face palmaire du pouce et de l'index, et surtout celle des bouts de ces doigts devient en même temps insensible. Cette anesthésie atteint aussi fréquemment le médius qui supporte le dé.

La paralysie des couturières se déclare rarement d'une manière brusque. Elle est précédée ordinairement par l'anesthésie cutanée dont il vient d'être parlé. La sensibilité électro-cutanée est alors diminuée ou abolie, et la contractilité électro-musculaire plus ou moins diminuée.

De tous les moyens susceptibles d'être mis en usage pour combattre cette paralysie, l'électricité est celui qui doit avoir la préférence. Quand la malade se présente au début de l'affection, c'est-à-dire alors qu'il n'existe encore qu'une diminution peu considérable de la sensibilité cutanée et une faiblesse peu marquée des muscles, la guérison s'obtient à l'aide de l'excitant électrique, finalement au bout de trois à cinq séances; mais si elle réclame des soins, lorsque déjà la maladie existe depuis quelque temps, ou qu'elle est complète, on conçoit qu'il faut alors plusieurs séances pour la cure : celle-ci se fait attendre d'autant plus longtemps que la maladie est plus ancienne et que les lésions en sont plus profondes. (*Annales de l'électricité médic.*, avril 1861.)

Tannin. *Son emploi dans les affections oculaires*. Nous avons, il y a déjà longtemps, fait connaître les bons résultats que l'emploi topique du tannin a procurés à M. le docteur Hairion dans certaines affections des yeux, telles que les blennorrhées aiguës et chroniques, le boursouflement des conjonctives, les granulations végétantes, les kératites vasculaires et ulcéreuses, le pannus. Cet agent, d'ailleurs, est entré dans la pratique courante, car l'on trouve des formules de collyres avec le tannin dans le Formulaire magistral de M. le professeur Bouchardat.

Ce n'est donc pas comme nouveauté thérapeutique, mais à titre de document confirmatif, que nous signalons aujourd'hui les bons effets obtenus par

le docteur Heer, dans les ophthalmies granuleuse et blennorrhéique, au moyen d'une solution de tannin. M. Heer, ayant eu à traiter un grand nombre de détenus atteints de ces affections, a eu beaucoup à se louer de ce procédé, qui a procuré la guérison dans soixante-huit cas, la plupart très-graves, sans qu'il soit resté la moindre altération dans la vision, et sans que le traitement ait, dans aucun cas, duré plus d'un mois.

Ainsi que l'avait déjà fait le médecin belge distingué, que nous avons cité au commencement de cet article, M. Heer regarde l'emploi de la solution de tannin comme bien préférable, sous tous les rapports, aux cautérisations avec l'azotate d'argent et aux applications d'acétate de plomb : la douleur est moins vive et dure moins longtemps ; la guérison est plus prompte et plus complète ; il ne reste jamais d'obscurcissement de la cornée ; il n'y a à craindre ni effets caustiques, ni incrustations indélébiles ; enfin, on n'aurait pas besoin d'avoir recours aux émissions sanguines. (*Preuss. vereinzeitung* et *Ann. de littér. méd. étrangère*, 1861.)



VARIÉTÉS.

Des mamelons artificiels.

Par M. le docteur J. Duval.

La fréquence des vices de conformation et des maladies du mamelon pendant l'allaitement met tous les jours le médecin accoucheur dans la nécessité de prescrire l'emploi d'un mamelon artificiel. J'ai cru qu'il ne serait pas inutile de dire quelques mots de ces petits appareils (¹).

On appelle *mamelon artificiel* un petit instrument ayant la forme de l'extrémité de la mamelle, et s'appliquant sur celle-ci pour protéger et remplacer le mamelon naturel, toutes les fois que, par sa mauvaise conformation, ou par suite de maladies, ce dernier ne peut servir à l'allaitement. Les expressions de *bout de sein* et de *mamelonnière*, dont on se sert aussi quelquefois pour désigner ce petit appareil, doivent être réservées pour désigner seulement les petits chapeaux destinés à former le mamelon et à le préserver de la pression du corset chez les femmes enceintes.

« L'idée première de suppléer par un bout de sein au mamelon mal conformé ou malade, de présenter aux lèvres de l'enfant, au lieu du mamelon de sa mère, un mamelon artificiel qui le recouvre, cette idée me semble appartenir à Scultet. Dans une des planches qui ornent son *Arsenal de chirurgie*, on trouve figuré un bout de sein, en tout semblable pour la forme à celui que Paré nous a fait connaître. Scultet, le destinant à un usage différent de celui pour lequel Paré l'avait recommandé (²), veut qu'on le perce d'un grand nombre de trous, qu'on l'applique sur les mamelons ulcérés, afin que la nourrice puisse allaiter l'enfant sans éprouver de douleur : « Pileolus argenteus, et ubique perforatus « qui exulceratis mamillarum papillis applicatur, ut nutrix infantem absque « molestia lactare possit. » (*Armamentarium chirurgicum*, etc. ; Francofurti, anno 1666, in-4, p. 21. La 1re édition est de 1653.)

« Cette idée, qui paraît si simple, fut cependant trois siècles et demi à nal-

(¹) On consultera aussi avec intérêt un mémoire que Deneux publia en 1833 sur ce sujet, et auquel j'ai fait quelques emprunts.

(²) Le bout du sein proposé par Paré (Œuvres, édition de 1561, liv. 24) était seulement destiné à protéger et à garantir le mamelon malade.

tre; car c'est en 1296 qu'il est parlé pour la première fois des bouts de sein, et ce ne fut qu'en 1653 que Scultet proposa de les faire servir à la succion de l'enfant; et ce conseil, dont on a de nos jours tiré un parti si heureux, resta dans l'oubli encore pendant plus de cinquante ans. Le premier auteur qui en parle après Scultet est Musitanus, dont l'ouvrage parut en 1709; vient ensuite Arnaud, qui écrivit en 1714. Chose remarquable, et sur laquelle je reviendrai plus loin, c'est que ces deux praticiens ont conseillé la tétine de vache, qu'on a voulu nous donner, il y a quelques années, comme une invention récente.

« Depuis Arnaud, un grand nombre d'auteurs ont écrit sur les mamelons artificiels, soit pour confirmer les avantages qu'on leur avait reconnus, soit pour faire connaître des modifications plus importantes, sinon dans leur forme, au moins dans le choix de la matière la plus convenable pour les fabriquer.

« Relativement à la forme on a peu varié... On a adopté le bout de sein décrit par Ambroise Paré, qui représente un petit chapeau rond, dont le bord est un peu concave pour s'accommoder à la convexité du sein, tandis que la partie élevée, qu'on appelle *forme*, est arrondie et percée de plusieurs ouvertures pour le passage du lait.

« Si l'on a peu varié pour la forme des bouts de sein, on a au contraire proposé une multitude de substances différentes pour les fabriquer. On a mis à contribution les trois règnes de la nature, soit que l'on ait jugé plus convenable de faire l'instrument d'une seule pièce, soit qu'il ait paru plus avantageux d'adopter une matière différente pour le disque et pour la partie qui représente le mamelon. L'argent, le plomb, l'étain, le fer, l'albâtre, plusieurs pierres précieuses, différentes espèces de terres, le verre, la cire, l'écaille, la corne, différents coquillages, le parchemin, les peaux chamoisées, la tétine de vache, de chèvre, l'ébène, le buis, le tilleul, le liége, la coque ligneuse de la noix commune, celle de la noix muscade, du gland, la cupule de ce dernier, la gomme élastique, la carotte, le navet, la pomme, le linge, etc., etc., sont autant de substances dont on s'est servi.

« Tous les bouts de sein fabriqués avec des substances tirées du règne minéral ont été successivement abandonnés, et l'on n'en trouve aujourd'hui que dans les cabinets de curiosités. » (Deneux, p. 13-17.)

Les mamelons artificiels employés de nos jours se composent de deux parties : une base, ou *godet*, assez large, concave, s'appliquant exactement sur le sommet de la mamelle, et à laquelle s'adapte la pièce importante, le mamelon artificiel, destiné à être introduit dans la bouche de l'enfant et à supporter tous les efforts de succion.

Les améliorations apportées, dans ces derniers temps, à ces appareils, ne portent que sur la nature des substances constituant la partie destinée à servir à l'allaitement. Mais, indépendamment des modifications tenant à la nature de la substance employée, il y a actuellement deux modèles de mamelon artificiel; voici en quoi consiste leur différence.

Dans l'un, le godet, destiné à être appliqué sur l'extrémité de la mamelle, est percé à son centre d'une large ouverture à laquelle vient s'adapter la partie représentant le mamelon; de sorte que cette partie et le godet communiquent directement et largement ensemble, et que, lorsque l'appareil est appliqué, pour peu que le mamelon de la femme s'allonge ou que le godet ne soit pas assez concave, le mamelon de la mère peut pénétrer dans l'extrémité servant de mamelon artificiel.

Dans l'autre, le godet, très-concave, est muni à son centre d'un cône destiné

à loger le mamelon de la mère ; le mamelon artificiel vient s'adapter à ce cône terminal, qui n'est percé que d'un petit trou pour laisser passer le lait ; dans ce modèle, le mamelon de la mère est contenu en entier dans le godet qui ne communique avec la cavité du mamelon artificiel que par ce petit trou.

Ces deux modèles présentent des avantages et des inconvénients. Dans le premier, cette large communication fait que le lait coule très-facilement du mamelon de la mère dans la cavité du mamelon artificiel, et de là dans la bouche de l'enfant ; mais aussi le mamelon naturel, pouvant entrer dans la cavité du mamelon artificiel, risque encore d'être froissé par la pression des gencives de l'enfant.

Ce dernier inconvénient n'existe pas dans le second modèle, mais il y a l'inconvénient contraire, et si la partie du godet destinée à loger le mamelon de la mère n'est pas assez profonde, celui-ci frotte contre les parois de cette cavité, et s'excorie s'il ne l'est pas déjà ; d'autre part, les premiers temps de la succion avec ce modèle sont plus pénibles pour l'enfant que dans le premier ; car le lait ne pénètre que plus tard dans la cavité du mamelon artificiel, et seulement lorsque toute la cavité qui existe entre le godet et la mamelle est remplie.

Pour ma part, cependant, je préférerais le second modèle.

Indépendamment des petites modifications de détail, que chaque inventeur a fait subir à son mamelon artificiel pour le rendre plus commode et plus apte que les autres à remplir son but, il est certaines qualités générales qu'un mamelon artificiel doit toujours présenter : il faut que la cavité destinée à loger le mamelon de la mère soit assez évasée et surtout assez profonde (au moins 2 centimètres) pour que celui-ci puisse s'y développer sans être gêné ou exposé à des frottements ; il faut aussi que la partie que l'on introduit dans la bouche de l'enfant, tout en étant assez résistante pour garantir le mamelon malade de la pression exercée par les lèvres et les gencives de l'enfant (dans le premier modèle), soit assez flexible pour permettre la succion à celui-ci et ne pas le rebuter par sa dureté. L'orifice du mamelon artificiel, celui par lequel le lait est versé dans la bouche de l'enfant, doit être assez grand pour que le nourrisson, qui l'enveloppe avec sa langue, ne bouche pas cet orifice, qui diminue déjà un peu par l'effet de la succion, si le mamelon artificiel est tant soit peu élastique.

La manière de se servir d'un mamelon artificiel est des plus simples. Lorsqu'on veut faire téter l'enfant, on lave légèrement le mamelon de la mère avec de l'eau tiède, afin d'enlever tout ce qui pourrait obstruer l'orifice des canaux galactophores, puis on place la concavité de cet appareil bien en rapport avec l'extrémité de la mamelle, de façon que le mamelon se loge dans la cavité qui lui est destinée, et que les bords du godet s'appliquent exactement sur la peau. On le maintient ainsi fortement appliqué contre la mamelle avec deux doigts (l'index et le médius) pendant tout le temps que l'enfant tète, afin d'empêcher l'introduction de l'air entre la mamelle et l'appareil ; puis, quand l'enfant a fini de téter, on l'enlève. Il faut que la nourrice ait soin, en présentant le mamelon artificiel à l'enfant, de ne pas trop le lui enfoncer dans la bouche, car ces mamelons, souvent trop longs, gêneraient l'enfant, et pourraient, en titillant la luette, provoquer des vomissements.

Le mamelon artificiel est un instrument excellent et qui peut rendre de très-grands services. Dans les cas d'endothélie, de mamelon trop court, il peut suppléer à ce dernier ; mais c'est surtout dans les cas de gerçures du mamelon qu'il est utile. Nous avons déjà vu combien la guérison de ces plaies est

difficile, pour ne pas dire impossible, si la femme s'obstine à continuer l'allaitement; nous avons vu quelles douleurs atroces il en résulte quelquefois pour ces pauvres femmes. Le mamelon artificiel permet de continuer l'allaitement sans douleur, et facilite en même temps la guérison des plaies; ce petit appareil est, à mon avis, indispensable dans les cas de gerçures, d'excoriation du mamelon, et, je le répète, les avantages qu'on en retire sont immenses.

(*La fin au prochain numéro.*)

Voici un jugement important et qui met en relief toute la valeur des associations de prévoyance. Sur la plainte des pharmaciens de Cusset (Allier), portée contre trois communautés religieuses, le tribunal a rendu le jugement suivant : « Déclare lesdites sœurs de Gagette, de la Rougère et de Saint-Gérand-le-Puy, convaincues d'avoir, durant les trois dernières années, tenu officine de pharmacie, vendant et débitant au poids médicinal des compositions et préparations pharmaceutiques, délit prévu et puni par les articles 25 et 36 de la loi de germinal an XI, et article unique de la loi du 29 pluviôse an XIII; condamne, en conséquence, lesdites dames religieuses en chacune 15 francs d'amende, avec défense de récidiver, sous peine de droit; condamne en outre celles de Gagette à 600 francs de dommages-intérêts, celles de Saint-Gérand à 200 francs, celles de Rougère à 100 francs, et les condamne toutes trois à tous les frais. »

La distribution des prix de l'Ecole d'accouchement de Paris vient d'avoir lieu, sous la présidence de M. le docteur Cullerier, membre du Conseil général des hôpitaux et en présence de MM. les docteurs Danyau et Béraud, chirurgiens-professeurs, et de M. le docteur Delpech, médecin de la Maternité. — Le premier prix, médaille d'or, théorie et pratique des accouchements, a été remporté par Mlle Pescheux ; deuxième prix, Mlle Poulain ; troisième prix, Mlle Courtois; quatrième prix, Mme Le Beurrier. — Les prix de clinique ont été partagés entre Mlles Rose, Devèze, Aubert et Balségur; prix de saignée, Mlle Pescheux ; prix de vaccine, Mme Cleveland ; prix de botanique, Mlle Courtois.

M. Auguste Duval, second chirurgien en chef de la marine, est promu au grade de premier chirurgien en chef.

Les professeurs de la Faculté de Strasbourg ont décidé « qu'un buste en marbre serait destiné à perpétuer la mémoire de leur regretté collègue, Pol. Forget. décédé le 11 mars 1861. » Jaloux de concourir à ce témoignage de gratitude et d'estime générales, nous ouvrons une souscription dans nos bureaux et nous inscrivons pour la somme de 50 francs.

Nous prions les lecteurs du *Bulletin de Thérapeutique*, qui ont profité si largement du zèle de notre savant collaborateur, de vouloir bien nous adresser leur offrande, que nous nous empresserons de faire passer au secrétariat de la Faculté de Strasbourg.

Pour les articles non signés, E. DEBOUT.

THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE.

Du chloroforme à l'intérieur contre les calculs biliaires, les coliques hépatiques et les névroses.

Par M. E. Bouchut, professeur agrégé de la Faculté de médecine, médecin de l'hôpital Sainte-Eugénie.

On a beaucoup parlé récemment de la dissolution du chloroforme dans la glycérine, comme d'un moyen propre à favoriser son usage à l'intérieur. J'ai voulu vérifier, et j'ai vu que le chloroforme ne se dissolvait pas dans cet agent, où il restait en suspension [1]. Je préfère le moyen que j'emploie depuis plusieurs années pour avoir une préparation de chloroforme stable, miscible en toute proportion à l'eau, au vin et au sirop. L'alcool est le seul dissolvant du chloroforme, et si l'on fait le mélange en proportion convenable, on a une solution titrée soluble en toute proportion dans l'eau. De cette façon, on peut donner par la bouche ou en lavement, 2, 3 et 4 grammes de chloroforme en complète dissolution, ne pouvant se séparer que si la préparation est mal faite. Voici ma formule :

Chloroforme...........................	1 gramme.
Alcool................................	8 grammes.

Mêlez et agitez ; pour ajouter au vin, à l'eau et au sirop.

La loi est : une partie de chloroforme pour huit d'alcool. Si l'on en veut mettre davantage, par exemple, 2 grammes de chloroforme, il faut prendre 16 grammes d'alcool et ainsi de suite ; 5 grammes de chloroforme pour 40 à 45 grammes d'alcool.

Dans cette proportion, le mélange mis dans du sirop de sucre donne un sirop parfaitement stable. J'en conserve depuis plusieurs

---

[1] L'eau, le sirop, la glycérine, dissolvent le chloroforme, aussi complètement que l'alcool, mais en moindre proportion. Ils ont, en outre, l'avantage sur cette dernière substance de ne pas diminuer les propriétés sédatives de l'agent anesthésique. Pour nous en tenir à la formule du glycérolé que nous avons recommandée, nous nous bornerons à faire remarquer : 1° que si, en effet, une portion du chloroforme finit par se séparer de la glycérine, il suffit de la simple agitation du flacon au moment de faire usage de la préparation pour rétablir la solution ; 2° que, la dose prescrite du glycérolé du chloroforme étant toujours administrée dans un demi-verre d'eau, ce liquide devient un second agent de la solubilité du médicament. Dans les cas de toux, de vomissements, d'absence de sommeil, une expérience clinique, déjà longue, nous engage à maintenir notre préférence à l'égard du glycérolé de chloroforme.

(*Note du rédacteur en chef.*)

mois qui n'a pas subi la moindre altération. On peut le mettre dans du vin et, à petite dose, rendre le vin délicieux s'il est mauvais, en lui donnant un bouquet fort agréable. Enfin, on peut le mettre dans l'eau pour limonade extrêmement agréable à boire.

Sirop de chloroforme ou *sirop chloroformique.*

Chloroforme	2 à 4 grammes.
Alcool	16 à 32 grammes.
Sirop de sucre	500 grammes.

Vin de chloroforme ou *vin chloroformique.*

Chloroforme	2 à 4 grammes.
Alcool	16 à 32 grammes.
Vin rouge ou blanc	500 grammes.

Eau de chloroforme ou *eau chloroformique.*

Chloroforme	2 grammes.
Alcool	16 grammes.
Eau ordinaire	500 grammes.

Cette dernière préparation constitue une boisson sucrée, extrêmement agréable. En y ajoutant de l'eau à volonté, on la rend de plus en plus faible, et pour quelques personnes d'autant plus agréable.

Ce que j'ai fait avec le chloroforme peut se faire également avec l'éther, et l'on fait avec la même formule du sirop, du vin et de l'élixir d'éther, tenant en véritable dissolution une quantité d'éther plus considérable qu'on n'a jamais pu en faire dissoudre dans les préparations employées jusqu'ici.

Effets physiologiques. — Avant d'employer le chloroforme à l'intérieur en potion, en sirop, dans de l'eau, dans du vin ou en lavement, j'ai voulu m'assurer de ses effets sur les animaux. J'ai recherché si le mélange ainsi employé conservait les propriétés sédatives, paralgiques ou anésthésiques du chloroforme. J'ai voulu savoir si elles étaient diminuées d'une façon proportionnelle à la dilution de la substance, de combien elles étaient amoindries et à quelle dose enfin, le sirop, l'élixir, le vin, l'eau de chloroforme pouvaient être donnés aux malades.

Première expérience. — *Vin de Bagnols chloroformé.*

Chloroforme	6 grammes.
Alcool	48 grammes.
Vin de Bagnols	250 grammes.

60 grammes de ce vin furent donnés à un chien de moyenne taille, et cinq minutes après, l'animal abandonné à lui-même,

chancelait comme dans l'ivresse, traînant un peu le train de derrière; il tomba, fit mine de se coucher, mais sans perdre connaissance, et se releva pour se promener tristement dans la chambre.

Il était à demi anésthésié. On pouvait le piquer profondément avec une épingle ou un canif, et il ne témoignait aucune douleur. Il retirait la patte quand on lui marchait dessus avec le pied, mais il ne criait pas. Au bout d'un quart d'heure, la sensibilité revint un peu, et après trois heures l'animal était complétement rétabli.

Deuxième expérience. — Sur le même animal, le lendemain avec une sonde œsophagienne, j'injectai 120 grammes du même vin de chloroforme. Au bout de quelques minutes, l'anésthésie était presque complète, sans perte de connaissance. Je pouvais enfoncer partout une épingle à 1 centimètre de profondeur, marcher sur la queue de l'animal sans le faire crier, ni remuer.

Un quart d'heure après le chien vomit, et par degrés l'anésthésie diminua. Au bout de deux heures, elle avait complétement disparu.

Dans ces deux expériences, le chloroforme était combiné à une quantité d'alcool et de vin très-fort, qui pouvait à elle seule amener l'anésthésie. Pour juger de l'action du chloroforme, je le donnai en sirop.

Troisième expérience. — *Élixir chloroformique.*

Chloroforme....	8 grammes.
Alcool............................	64 grammes.
Sirop.............................	225 grammes.

Ce mélange fut donné à un chien, au moyen de la sonde œsophagienne. Au bout de quelques minutes, l'animal vomit un peu, eut de la peine à marcher, tombait sur les genoux et s'affaissait sur lui-même. La sensibilité fut à peine diminuée, et il n'y eut pas de perte de connaissance; au bout de quatre heures, tous les accidents avaient disparu.

Ici 8 grammes de chloroforme troublèrent à peine la sensibilité.

Ces expériences sur les chiens, avec le sirop et le vin de chloroforme, me prouvèrent que l'action anésthésique de la substance était diminuée, et qu'on pouvait sans inconvénient l'employer chez l'homme à petites doses.

Le vin de chloroforme, à 1 gramme, fut donné à deux petites filles atteintes de chorée, qui n'éprouvèrent aucun phénomène d'anésthésie, et dont la chorée ne fut pas modifiée.

Le sirop de chloroforme, à 1 gramme, 1 gramme 1/2 et 2 grammes, fut donné à deux petites filles atteintes de chorée, et à deux autres enfants atteints de vertige épileptique.

Une de ces enfants eut un peu de céphalalgie, un peu d'insensibilité, mais les autres n'éprouvèrent rien de semblable. Une des chorées fut diminuée, et dans les vertiges épileptiques, il y eut amélioration sans guérison.

Sirop de chloroforme. — Mon interne prit 1 gramme 1/2 de chloroforme, puis 3 grammes en potion, et il n'éprouva qu'un peu de mal de tête sans insensibilité. L'absorption était complète, car ses urines, examinées par le procédé de M. Duroy, renfermaient une notable proportion de chloroforme. La substance avait été absorbée, circulait avec le sang, était éliminée par les reins, et cependant n'avait produit aucune action paralgique.

Lavement de chloroforme. — Une petite fille atteinte de vertige épileptique prenait chaque jour un lavement ainsi composé :

Chloroforme.	2 grammes.
Alcool..............................	16 grammes.
Eau distillée........................	250 grammes.

Elle éprouvait un peu de chaleur dans le ventre, un peu d'étourdissement, une sorte d'ivresse passagère, mais pas d'anésthésie. Son vertige fut à peu près arrêté par cette médication.

De ces observations sur les animaux et sur l'homme, il résulte que le chloroforme à l'intérieur, en dissolution dans l'eau, dans du vin, ou en élixir, n'a pas les propriétés anésthésiques qu'on pourrait lui attribuer. Dans les voies digestives, il ne produit rien à une dose qui, étant prise en vapeur par les voies aériennes, amènerait l'anésthésie.

Effets chimiques. — Le chloroforme a sur les calculs biliaires une action dissolvante très-prononcée, infiniment plus forte que celle de l'éther. Si, comme je l'ai fait, on place dans un verre à expérience un demi-calcul biliaire dans une solution saturée de chloroforme et d'éther aux mêmes proportions, on trouve le lendemain que le calcul mis dans le chloroforme est dissous et lui communique une couleur jaune évidente, plus ou moins foncée, tandis que le calcul placé dans l'éther est à peine attaqué. Ici la solution reste incolore transparente.

Plusieurs fois l'expérience m'a donné les mêmes résultats, d'où cette conséquence que l'eau concentrée de chloroforme dissout dans le même temps, et à la même température, des calculs biliaires que ne dissout pas l'eau d'éther.

Applications thérapeutiques. — En cherchant une préparation soluble et stable de chloroforme ou d'éther, je voulais enlever à ces agents ce qu'ils ont de caustique et d'irritant pour la peau et pour

les muqueuses avec lesquelles on les met en contact. Je crois y avoir réussi. En effet, on peut boire 1, 2 et 3 grammes de chloroforme ou d'éther alcoolisés et dissous dans l'eau, sans éprouver autre chose qu'un peu de chaleur à la bouche. La même dose à l'état de pureté serait fort douloureuse à supporter, et causerait assez de souffrance pour qu'on n'osât pas recommencer.

La dissolution aqueuse et vineuse, comme l'élixir d'éther ou de chloroforme, sont donc des préparations pharmaceutiques de bonne nature et d'un usage facile et agréable.

Je cherchais dans cette étude une préparation anésthétique ou hypnotique qui dispensât de l'inhalation. Ai-je réussi? Non.

Le chloroforme et l'éther à l'intérieur, à dose de 1, 2 et 3 grammes absorbés, circulant avec le sang et retrouvés en abondance dans l'urine, ne donnent lieu qu'à une faible anésthésie. En raison de l'alcool qui les dissout, ils provoquent un peu d'étourdissement, de vertiges, d'incertitude dans la marche, peut-être un peu d'engourdissement de la sensibilité, mais point de véritable insensibilité.

En lavement, l'action sur le système nerveux est peut-être un peu plus prononcée, et elle se caractérise par un peu plus d'abattement passager; mais, à 2 grammes, je n'ai jamais produit l'anésthésie complète. Il n'y a qu'une faible diminution de la sensibilité.

A quoi peuvent donc servir ces nouvelles préparations de chloroforme et d'éther?

Par leur action modérée sur le système nerveux, et par leur action chimique sur les matières grasses, elles peuvent servir *contre les névroses* et *contre les coliques hépatiques* occasionnées par les calculs biliaires.

De l'eau, du vin et de l'élixir chloroformiques contre les névroses. — J'ai administré, par la bouche ou par le rectum, les préparations solubles de chloroforme et d'éther contre la chorée, le vertige épileptique et les névralgies. Sur quatre cas de chorée traités ainsi pendant quelques jours, j'ai obtenu une réelle amélioration chez une malade; sur trois cas de vertige épileptique, il y a eu un cas de disparition momentanée des accidents. Dans plusieurs cas de névralgie il y a eu guérison complète. Ce sont des observations à poursuivre.

Des préparations solubles de chloroforme contre les calculs biliaires et les coliques hépatiques. — A l'exemple de Durande, on a jusqu'ici souvent employé l'éther mélangé à l'essence de térébenthine contre les calculs biliaires et les coliques hépatiques qu'ils déterminent. Ces deux substances ont une action réelle sur la cho-

lestérine, qu'ils dissolvent assez bien, et c'est là ce qui explique l'adoption de leur emploi en médecine pratique. Cette propriété explique leur mode d'action contre les calculs biliaires.

Mais d'après ce que j'ai dit plus haut, dans quelques expériences de laboratoire, à la même dose, le chloroforme et l'éther en solution dissolvent inégalement les calculs soumis à leur action dans un vase. En vingt-quatre heures un demi-calcul biliaire jaune a été dissous par un soluté chloroformique de 2 grammes, en formant une liqueur jaune foncé, tandis que l'autre moitié du calcul, placée dans un soluté d'éther, était à peine attaquée et la liqueur presque incolore.

Le chloroforme dissout donc à froid la cholestérine plus rapidement que l'éther, dans les mêmes conditions de température et de poids.

Ce résultat important m'a engagé à employer la solution aqueuse et l'élixir de chloroforme dans les coliques hépatiques dues à des calculs biliaires, et, dans le seul cas où le remède a été mis en usage, son action m'a paru être suivie d'un plein succès.

Voici cette observation :

Colique hépatique. — Ictère. — Sirop de chloroforme. — Guérison. — M. V***, fils d'apoplectique, doué d'une constitution sanguine, n'avait jamais été malade, lorsqu'en 1857 il fut pris d'une diarrhée qui dura plusieurs mois et qui lui imposa l'obligation de vivre du régime le plus sévère.

Il était guéri en 1858, lorsqu'il fut pris d'un violent accès de gastralgie, sans fièvre, avec vomissements glaireux, suivi d'un peu d'ictère. L'attaque dura deux jours et disparut, sans porter atteinte à sa santé.

De nouveaux accès à peu près semblables se reproduisirent à quelques mois de distance, durant peu de jours, donnant lieu à une exaltation de la sensibilité épigastrique et troublant momentanément les fonctions.

Au mois de novembre 1860, enfin pour la sixième ou septième fois, des douleurs vives épigastriques et s'irradiant dans l'hypocondre droit se déclarèrent subitement pendant la nuit chez le malade. Elles étaient accompagnées d'une grande tension de l'abdomen, et augmentées par la pression de la main. Elles étaient assez vives pour faire rouler le malade sur lui-même dans son lit et lui faire proférer des cris. De temps à autre elles cessaient pendant quelques minutes, pour reparaître peu après avec la même violence. Des efforts de vomissement se produisirent et amenèrent le rejet

d'une petite quantité de matières glaireuses. Le visage était défait, profondément altéré, les yeux caves, et une faible teinte jaune couvrait la sclérotique et la peau ; pas de garde-robes depuis deux jours ; la langue naturelle, soif peu fréquente, pas de fièvre.

Ces douleurs durèrent deux jours et furent calmées par de l'opium sous différentes formes.

Après la cessation des douleurs, M. V*** fut mis à l'usage du sirop de chloroforme, de façon à prendre 2 grammes de chloroforme pendant un mois. Au bout d'un mois, j'interrompis le remède pour le remplacer par l'eau de Vichy, source de la Grande-Grille, pendant un mois. Au bout de ce temps, l'eau de Vichy fut remplacée par le chloroforme, 1 gramme par jour, qu'il a continué un mois, pour l'interrompre et le reprendre ainsi de mois en mois jusqu'à ce jour.

Il y a sept mois que la maladie n'a donné signe de son existence.

Dans cette observation le diagnostic n'est pas douteux. Le caractère de la douleur, son acuité et son intermittence, l'ictère dont elle a été suivie prouvent bien l'existence d'une colique hépatique avec calculs biliaires. C'est dans ce cas que le chloroforme dissous selon ma formule a réussi à faire disparaître le mal.

En résumé :

1° On peut dissoudre le chloroforme et l'éther dans l'alcool, en proportion de un sur huit et le mélange est miscible à l'eau, au vin et au sirop en toute proportion, de manière à former une boisson aqueuse, vineuse , ou un élixir très-agréable.

2° Les préparations d'éther et de chloroforme faites selon ma formule sont stables, car j'en conserve depuis huit mois qui ne sont pas altérées.

3° Le vin, l'eau et l'élixir de chloroforme et d'éther ne produisent jamais l'anésthésie complète.

4° Le vin, l'eau et l'élixir chloroformiques calment l'excitation nerveuse, apaisent momentanément la douleur et jettent les malades dans le vertige.

5° Le vin, l'eau et le sirop, ou élixir de chloroforme, sont utiles dans certaines névroses convulsives et mentales, particulièrement dans la chorée et dans le vertige épileptique.

6° Les préparations solubles de chloroforme et d'éther agissent plus vivement par le rectum, en lavement, que lorsqu'elles sont administrées par la bouche.

7° La solution alcoolique de chloroforme agit plus vite sur les

calculs biliaires et dissout mieux à froid la cholésterine que la solution d'éther à la même dose.

8° L'action dissolvante du chloroforme sur la cholésterine autorise l'emploi de cette substance contre les coliques hépatiques.

9° Enfin, dans un cas de calculs biliaires amenant des crises de coliques hépatiques avec coloration subictérique de la peau, le sirop de chloroforme a déterminé la guérison.

Coup d'œil sur certaines propriétés thérapeutiques peu connues du poivre cubèbe, et spécialement sur ses bons effets dans les vertiges et l'amnésie [1].

La notion des vertus curatives dues aux effets généraux du cubèbe n'est pas plus nouvelle que celle des autres propriétés que nous avons déjà rappelées. On lit, en effet, dans la Flore médicale de Chaumeton, Poiret et Chamberet : «Il paraît qu'on a souvent employé les cubèbes avec succès contre la migraine. On leur a surtout attribué une efficacité, sans doute exagérée, contre les vertiges, l'apoplexie, la paralysie, et pour remédier à la perte de mémoire.» Il est à regretter que ces auteurs ne fassent aucune mention de la source à laquelle ils ont puisé ces enseignements; nos recherches pour combler cette lacune ont été vaines. Leur assertion a été simplement consignée par Mérat et Delens, dans leur Dictionnaire de Thérapeutique, et par M. Dieu dans son Traité de matière médicale; mais aucun d'eux n'a songé à contrôler la réalité de ces propriétés. Je l'ai tenté en ce qui concerne les vertiges et la perte de mémoire. Les résultats de ces premiers essais montrent que ces recherches méritent d'être poursuivies, car notre thérapeutique est bien pauvre en moyens efficaces de traitement de ces accidents morbides.

Le vertige peut être idiopathique, sympathique, ou symptomatique. L'action du cubèbe se manifeste-t-elle dans chacune de ces formes? Quelle est celle dans laquelle son efficacité est la plus considérable? Laissons les faits répondre à ces diverses questions.

C'est sur moi-même que je tentai le premier essai des vertus antivertigineuses de cet agent; voici dans quelles circonstances.

Vertige idiopathique datant de vingt années. — Emploi du cubèbe. — Guérison. — En 1831, alors que j'étais interne à Bicêtre, sous l'influence d'un bain entier, pris trop chaud, et à la suite

---

[1] Suite et fin. — Voir la livraison précédente, p. 5.

d'une contention d'esprit prolongée, j'éprouvai un vertige avec trouble de la vue et fourmillement dans le bras gauche. Attribuant ces accidents à une congestion cérébrale, je me fis pratiquer une saignée du bras, et j'eus recours à une révulsion quotidienne sur le tube digestif, de façon à provoquer une congestion hémorrhoïdaire. Malgré ces moyens, et le séjour d'un mois en province, ces vertiges reparurent, et revinrent régulièrement de huit à dix fois chaque année. Les divers moyens qui me furent conseillés restant sans effet, j'en avais pris mon parti et avais fini par ne plus tenter de triompher de cet état morbide, lorsqu'en 1851, parcourant les divers articles publiés sur le poivre cubèbe, je fus frappé par le passage de la Flore de Chamberet, que j'ai cité plus haut; je cherchai dans les matières médicales plus anciennes les preuves de leur assertion. Ne trouvant aucun document propre à m'éclairer, je résolus d'expérimenter cette action du cubèbe, et matin et soir je pris une cuillerée à café de poivre enveloppé dans du pain azyme.

Voulant étudier l'influence du médicament sur la fréquence du pouls, je doublai la dose du soir du dixième au quinzième jour. Je constatai une diminution d'environ deux pulsations, mais en même temps j'éprouvai une telle excitation des organes génitaux, que je jugeai prudent de mettre fin à mon expérimentation.

Un mois environ après, un jour que je me livrais à un travail assez ardu, je sentis un commencement de vertige. Comme j'avais mon flacon de cubèbe dans mon cabinet, je préparai immédiatement une dose de cubèbe, et j'attendis que les troubles de la vue apparussent. Ceux-ci venus, je pris le médicament, et la crise, qui, d'habitude, ne durait jamais moins de vingt à vingt-cinq minutes, avait cessé après quatre minutes, ce qui n'était pas arrivé depuis vingt années.

Certain alors de l'action du cubèbe, je repris son usage, en me bornant aux deux cuillerées à café, et souvent à une seule, pendant un mois. Je restai un mois en repos, pour reprendre, le mois suivant, la médication cubébique. Cette expérience dura six mois. Pendant ce laps de temps, une fois ou deux, un très-léger sentiment de vertige se montra, mais pour disparaître immédiatement, et ne plus être suivi de la sensation de fourmillement dans le bras, qui n'avait jamais manqué de se manifester.

Pour qu'on juge mieux la valeur de la médication, je vais rendre compte de la série des phénomènes qui, chez moi, caractérisaient le vertige. Le plus souvent, à la suite d'un travail de cabinet soutenu, apparaissait d'abord un sentiment de vertige et d'éblouisse-

ment, et avec lui la perte de la mémoire des mots, des substantifs surtout. L'intelligence demeurait intacte; je désirais un objet, je le désignais, mais ne pouvais le nommer. Après deux ou trois minutes de durée du vertige, la vue s'obscurcissait progressivement, et il arrivait un moment où l'ouverture des fenêtres, ou la flamme de la lampe (selon l'heure de la journée à laquelle les accidents apparaissaient), était le seul détail perçu dans la pièce. En même temps, une sensation de fourmillement se manifestait dans le côté gauche de la face, et irradiait dans la narine gauche, la bouche, la langue, et gagnait le bras gauche, suivant le trajet du nerf musculo-cutané. Quelquefois le fourmillement se propageait au membre abdominal gauche. Une seule fois, pendant ces vingt années, l'effet fut croisé, c'est-à-dire que le membre abdominal droit fut pris en même temps que le bras gauche. La disparition des phénomènes avait lieu dans l'ordre inverse de leur évolution, et ils ne laissaient après eux qu'une inaptitude aux travaux intellectuels.

Pendant les vingt années que ces accidents se sont produits, ils n'ont varié, ni dans leur durée, ni dans leur intensité. Le pouls restait calme pendant toute la durée de la scène morbide ; à part un peu de gastralgie, la santé générale était excellente.

On me permettra de ne pas m'appesantir longuement sur la nature de ces accidents, et de me borner à faire remarquer que des phénomènes morbides, qui se reproduisent pendant vingt années sans subir d'aggravation, ne sauraient être rattachés à une lésion matérielle du système nerveux.

Depuis huit années, aucune apparence de vertiges ne s'est manifestée, et je le dois au cubèbe, dont je n'ai jamais complétement abandonné l'usage. Chaque fois qu'une inaptitude au travail se fait sentir, je reviens à cette substance, et m'en trouve bien.

Troubles gastriques dus à des excès alcooliques. — Vertiges. — Emploi du cubèbe. — Guérison. — Pierre Bidard, valet de charrue, âgé de quarante-cinq ans, de taille moyenne, maigre et peu coloré, avait toujours joui d'une santé excellente, lorsque, sous l'influence d'excès alcooliques répétés, il vit ses fonctions digestives s'altérer peu à peu. Aux troubles dyspeptiques, sont venus se joindre, depuis six mois, des vertiges continuels; à chaque pas, et surtout lorsqu'il lève la tête, il lui semble qu'il va tomber.

Tant que ces troubles nerveux se montrèrent seulement dans la journée, il s'en inquiéta, mais ne s'en effraya pas. Il n'en fut pas de même lorsque le vertige se montra dans la nuit. Fatigué par le travail de la journée, il s'endort facilement; mais dès qu'il se

réveille et veut changer de place dans son lit, il est pris de tournoiement de tête. Il lui semble que le sol oscille, et que son lit va s'abîmer avec lui dans les entrailles de la terre. Peu à peu, le malade restant complétement immobile, cet état vertigineux se dissipe, et le malade se lève, quelle que soit l'heure à laquelle se termine son premier somme, tant il redoute de voir reparaître ce sentiment intolérable de malaise.

Le médecin de la commune, au courant des habitudes d'intempérance du malade, dirigea ses moyens contre les troubles gastriques. Les alcalins et les amers furent concurremment employés, mais ils restèrent sans action sur l'intensité des vertiges ; reste à savoir si leur emploi a été suivi avec assez d'assiduité et de persévérance ?

J'arrive sur ces entrefaites à la campagne, et le malade vient me voir aussitôt. Rien ne peut rendre le sentiment de crainte que l'apparition du redoublement de vertige a fait naître dans l'esprit de cet homme ; il est convaincu que, si je ne triomphe pas rapidement de ces accidents, il y succombera. J'ai oublié de noter que, depuis un mois, des fourmillements se font sentir d'une manière continue dans le bras gauche. La langue est blanche, l'appétit conservé, pas de soif, le pouls calme et régulier.

Je prescris 125 grammes de cubèbe, conservés dans un flacon à large tubulure, à prendre à la dose d'une cuillerée à café, matin et soir à jeun. Voulant agir le plus possible sur son imagination, je lui fais ingérer son médicament délayé dans un verre d'eau.

Sous l'influence de l'action du cubèbe, et les troubles gastriques et le vertige se dissipèrent peu à peu. A la fin du premier septénaire, les accidents nerveux se trouvaient réduits à si peu de chose, que le malade voulait cesser son traitement. J'exigeai qu'il consommât les 125 grammes de cubèbe, et longtemps avant qu'il eût épuisé sa provision, non-seulement le vertige, mais encore le sentiment de fourmillement qu'il éprouvait dans le membre thoracique gauche, avaient également disparu.

Depuis cinq années, aucun retour de ces troubles nerveux n'a eu lieu. Il est vrai que cet homme a rompu entièrement avec ses habitudes d'ivrognerie. Cet heureux résultat pour lui est dû en grande partie à un accident. Deux mois après la cure de son vertige, Bidard vit survenir une grosseur dans l'aine droite, il n'y prêta aucune attention, et continua son rude labeur. Le huitième jour un étranglement eut lieu, et ce fut à grand'peine que je parvins à réduire sa hernie.

Je profitai de l'occasion pour revenir sur mes anciennes recommandations, et l'assurer que, s'il commettait désormais le moindre excès de boisson, il verrait les coliques et les vomissements reparaître. Cette menace eut ses bons effets.

Spermatorrhée.— Vertiges. — Emploi du cubèbe. — Guérison. — M. le docteur X***, âgé de trente-trois ans, habitant une ville du midi de la France, vient à Paris en juin 1852 et me consulte pour des accidents nerveux qui, depuis un an, l'ont forcé d'abandonner l'exercice de sa profession. Il me raconte que, pendant la durée de ses études médicales, il a contracté une blennorrhagie qui a laissé subsister pendant un assez long temps une goutte militaire. Lorsqu'il rentra chez lui, muni de son diplôme, toute trace d'écoulement avait disparu, et il ne tarda pas à se marier et eut deux enfants.

Pendant les premières années de sa pratique médicale, le cercle de la clientèle de M. X*** ne dépasse pas la ville et ses faubourgs, et sa santé se maintient dans un excellent état. Plus tard, sa réputation grandissant, il fut appelé dans les communes environnantes ; or, comme les chemins sont difficiles et escarpés, il ne pouvait s'y rendre qu'à cheval. Sous l'influence d'une équitation prolongée, car il lui fallait faire des courses de huit à dix lieues par jour, une constipation opiniâtre survint ; celle-ci persistant finit par provoquer une névralgie du col de la vessie et des pertes séminales.

A dater de cette époque, les fonctions digestives se troublèrent à leur tour, et furent accompagnées de fréquents éblouissements et de vertiges qui engagèrent M. X*** à tenter l'emploi d'une émission sanguine, dont les effets furent déplorables. La mémoire s'altéra à son tour, il ne pouvait se rappeler ceux des médicaments qui répondaient le mieux aux indications posées par l'état de ses malades, ni leur posologie. Il devint défiant, ne tarda pas à être en proie à une hypocondrie des plus intenses et renonça à la pratique de la médecine.

Le repos n'amena aucun amendement dans son état ; depuis qu'il a abandonné l'exercice du cheval, la constipation a cessé, mais les pertes séminales ont continué et ont lieu surtout lorsqu'il va à la garde-robe. L'état mental semble même s'aggraver ; depuis quelques mois, des vertiges ont lieu d'une façon incessante, le malade est convaincu qu'il sera frappé, au premier moment, d'une attaque d'apoplexie, et il ne veut plus sortir sans être accompagné.

Il n'y avait pas de doute possible sur la cause de l'altération de la santé de notre confrère ; tous les accidents qu'il éprouvait devaient être rapportés à l'existence des pertes séminales. Quant à la nature de la spermatorrhée, elle était moins facile à préciser tout d'abord.

Je soupçonnai cependant l'existence d'une phlegmasie des parties profondes de l'urètre ; je priai le malade d'uriner devant moi dans un verre de forme conique, et lui fis remarquer une multitude de filaments flottants dans le liquide.

Il ne restait plus qu'à tracer le traitement. La chose était facile, puisque les troubles cérébraux et les pertes séminales devaient céder à l'action du même agent médicamenteux. Toutefois, comme les uns nécessitent l'emploi des hautes doses, tandis que les autres commandent l'usage des faibles doses, la médication reposait surtout sur une question de posologie.

L'indication thérapeutique dominante était de combattre la phlegmasie urétrale, cause principale de la spermatorrhée, et pour cela il fallait faire choix des doses faibles et fractionnées. Ce n'était pas ce que désirait le malade : ce qu'il demandait par-dessus tout, c'était d'être débarrassé des sensations vertigineuses qui lui rendaient l'existence insupportable. Ne voulant pas compromettre le succès de mon traitement, je tins bon pour les faibles doses, et réclamai huit jours de patience. Je fus admirablement secondé par l'oncle du malade qui l'avait accompagné, et ne devait pas le quitter pendant toute la durée de son séjour à Paris.

Voici ce qui fut convenu :

1° Matin et soir, à jeun, puis au début des deux principaux repas, prendre une dose de 50 centigrammes de cubèbe. La seconde semaine on ajouterait une cinquième dose, qui serait prise au milieu de la journée, vers une heure.

2° Matin et soir un demi-lavement d'eau de guimauve tiède. Si le besoin d'aller à la garde-robe se faisait sentir dans l'intervalle, afin de prévenir toute action traumatique sur les parties phlogosées de l'urètre, le malade aurait soin d'introduire dans le rectum une fiche de beurre de cacao ; cette substance fond immédiatement et les fèces lubrifiées glissent sans provoquer de pertes séminales pendant l'acte de la défécation [1].

3° Régime substantiel, auquel on ajouterait l'usage de légumes herbacés et de fruits bien mûrs, afin de prévenir la constipation.

4° Le malade fera le plus d'exercice possible, mais à pied, et sans le porter jamais jusqu'à la fatigue. Eviter le plus possible, surtout

---

[1] Cette introduction d'un suppositoire de beurre de cacao au moment de l'acte de la défécation est une précaution sur laquelle je ne saurais trop insister, et notre confrère m'a avoué plus tard que, toutes les fois qu'il s'en était abstenu, il n'avait pas tardé à s'en repentir.

dans les premiers temps du traitement, l'usage des voitures. (La conviction du malade était faite à cet égard ; car, lors de son voyage à Paris, maintes fois il lui était arrivé d'être forcé de se tenir debout pour prévenir la production d'une perte séminale.) S'abstenir de la fréquentation des spectacles et de tous les lieux où se trouvent réunies un grand nombre de personnes, etc.

Au bout de quinze jours de cette médication, l'amélioration de la phlegmasie urétrale fut assez considérable pour que je cédasse au désir du malade d'essayer l'efficacité des hautes doses de cubèbe sur son vertige. J'autorisai donc l'essai de deux doses de 4 grammes du médicament pris au début de chacun des repas. Un amendement eut lieu, de l'aveu même du malade ; le fait constaté, j'exigeai qu'il se bornât encore pendant huit jours à faire usage de cinq doses, chacune de 1 gramme, du médicament. En effet, à la fin de la semaine le vertige se trouvait tellement réduit de son intensité première que ce phénomène ne préoccupait plus le malade.

Rassuré sur l'issue de son traitement, notre confrère songea à quitter Paris. Les pertes séminales en allant à la garde-robe n'avaient plus lieu, les troubles dyspeptiques s'étaient dissipés, et il ne restait plus qu'une très-légère sensation vertigineuse qui se manifestait lorsqu'il se trouvait au milieu d'un grand concours de promeneurs, ou qu'il voyait défiler devant lui de nombreux équipages, comme sur les boulevards ou aux Champs-Elysées.

Rentré chez lui, M. X*** continua la médication cubébique ; jamais il ne dépassa la dose de 6 grammes par jour, et, sous l'influence de ce traitement, il reprit peu à peu le cours de ses visites, mais les borna à ses anciens clients de la ville et de ses faubourgs. Depuis il n'est pas monté une seule fois à cheval, et voici huit années que sa santé se maintient dans le meilleur état.

J'avais espéré pouvoir joindre à mon récit au moins un extrait du journal que notre confrère a tenu avec un grand soin pendant toute la durée de son traitement ; mais, au moment de tenir sa promesse, il m'a manqué de parole, prétextant la difficulté de la tâche. « Il doit me suffire, dit-il, de pouvoir annoncer que sa cure se maintenait aussi complète que possible. » Je regrette cette détermination, car son observation devait m'amener à discuter un point important du traitement de la spermatorrhée : l'influence des rapports sexuels sur la marche de la maladie. J'y reviendrai prochainement.

Dans le cas suivant, il est difficile de déterminer si le vertige est symptomatique de la lésion cérébrale ou sympathique de troubles gastriques. Quoi qu'il en soit de ce doute, comme le fait n'en reste

pas moins intéressant au point de vue de notre étude des effets dynamiques du cubèbe, je le rapporte :

Amblyopie et diabète provoqués probablement par une tumeur cérébrale. — Vertiges. — Emploi du cubèbe. — Cessation rapide des troubles nerveux. — M. X***, artiste peintre, âgé de quarante-cinq ans, est d'une constitution robuste, et n'a jamais été atteint de maladie grave. Il y a quatre années, alors qu'il peignait à fresque pour la première fois, c'est-à-dire avec des couleurs préparées à l'huile essentielle de térébenthine, il fut pris de vertiges et de troubles de la vue. Ceux-ci persistèrent, et d'une manière assez intense pour que depuis cette époque M. X*** n'ait pu reprendre ses pinceaux. L'examen des membranes de l'œil à l'aide de l'ophthalmoscope ne m'ayant révélé aucune lésion, j'ai été conduit à admettre une lésion intra-cérébrale. Ce diagnostic m'a suggéré l'idée d'examiner les urines de mon malade. L'analyse du liquide faite à l'aide du polarimètre Soleil me permit de constater la présence de 64 grammes de sucre par litre d'urine. Me fondant sur les recherches expérimentales de M. Claude Bernard, je songeais à l'existence d'une tumeur comprimant le plancher du quatrième ventricule, où se trouve le point d'émergence des nerfs optiques. La médication alcaline suivie pendant trois mois a fait disparaître le diabète, mais l'amblyopie persiste, et des engourdissements dans le bras gauche sont survenus. Depuis deux années l'état du malade reste stationnaire, mais de temps en temps apparaissent des vertiges, qui se manifestent surtout le matin, au lit; il éprouve alors un tournoiement, avec une anxiété inexprimable, qui le force à se tenir éveillé. S'il ferme les yeux et veut se rendormir, le vertige reparaît. Ce phénomène se montre très-rarement dans la journée; et comme il inquiète le malade plus que tous les autres symptômes, je l'ai engagé à faire usage, dès que ces accidents apparaissent, d'une cuillerée à café de cubèbe, le soir en se couchant. Deux ou trois jours de cette médication suffisent pour faire disparaître tout sentiment de vertiges ; mais il revient trois ou quatre mois après, pour se dissiper de nouveau. J'ai cru remarquer que des accidents de dyspepsie avaient lieu à ces moments, ce qui me porte à rapporter le vertige aux troubles de l'estomac. Ce qui est non douteux, ce sont les bons effets du cubèbe; aussi M. X*** ne voyage jamais sans être muni d'une petite provision de ce médicament.

Ce ne sont pas les seuls cas dans lesquels j'ai essayé cette médication. Ainsi, il y a environ trois années, j'ai rencontré dans le service de M. le professeur Rostan, à l'Hôtel-Dieu, une jeune fille, forte

et très-colorée, qui était entrée à l'hôpital pour s'y faire traiter d'une chlorose. Elle se plaignait surtout d'une céphalalgie continue et de très-fréquents vertiges. Le traitement classique (fer et quinquina) restant sans action, j'engageai M. Axenfeld, qui remplaçait M. Rostan, à faire usage du cubèbe. Dès les premières prises de ce médicament donné à la dose de 5 grammes, les vertiges disparaissaient.

J'ai encore obtenu les mêmes effets chez une jeune fille de dix-sept ans, hystérique, qui était en proie à des vertiges ténébreux, surtout lorsqu'elle était au lit. Comme la jeune malade se nourrissait presque exclusivement de crudités, je crus devoir lui prescrire d'abord l'usage des amers et des alcalins. Elle prit une macération de quassia au début de ses repas et un mélange de sous-carbonate de magnésie et de bi-carbonate de soude en quittant la table. Cette médication améliora un peu les troubles gastriques, mais sans diminuer l'intensité des vertiges. Je donnai alors le cubèbe à la dose de 4 grammes, matin et soir, et trois jours après, ces accidents avaient cessé.

Si peu nombreux que soient ces faits, ils suffisent pour mettre hors de doute l'influence de cette médication sur le vertige.

Voyons maintenant ce que son emploi va nous donner pour remédier à la perte de la mémoire.

Les lésions de la mémoire constituent-elles une vésanie, une aliénation mentale partielle, ainsi que certains auteurs le prétendent? C'est un point de pathologie dont il n'est pas de mon sujet d'aborder l'étude. Que la perte de cette faculté soit symptomatique d'une lésion du cerveau ou sympathique d'une affection générale, comme la fièvre typhoïde, toujours est-il qu'elle peut survivre aux circonstances morbides qui l'ont provoquée.

Lorsque la maladie qui a entraîné l'affaiblissement de la mémoire est dissipée, si celle-ci ne se rétablit pas, quelles sont les ressources que la science met à notre disposition? ou mieux, quel secours le cubèbe nous offre-t-il, car ce sont les propriétés thérapeutiques de ce médicament qui font le sujet de cet article.

On a pu remarquer dans notre observation que sous l'influence de la longue durée des vertiges la mémoire s'était altérée; spécialement en ce qui concernait le souvenir des noms propres et celui des substantifs; on a vu également que la médication cubébique avait fait disparaître cette fâcheuse disposition. Ce résultat m'a engagé à tenter de nouveau son emploi dans le cas suivant :

Affaiblissement de la mémoire. — Emploi du cubèbe. — Gué-

rison. — Le docteur X***, âgé de cinquante-trois ans, d'une robuste constitution, ayant toujours joui d'une parfaite santé, avait remarqué que depuis plusieurs mois il perdait sensiblement la mémoire. Il en était arrivé à ne plus se souvenir des noms propres, et il oubliait même le sujet d'une conversation tenue quelques heures auparavant, ou celui d'une lecture intéressante qui, autrefois, lui eût été aussi profitable qu'à chacun de nous. Il attribuait cette torpeur des fonctions cérébrales à une fatigue corporelle causée par les exigences de la clientèle, et aussi par les soucis d'une nombreuse famille. Justement préoccupé de ces symptômes fâcheux, il nous fit part de ses craintes. Nous l'assurâmes du prompt retour de sa mémoire et de l'aptitude aux travaux intellectuels, s'il voulait se soumettre à prendre 10 grammes de cubèbe pendant quelques jours. Voici la note qu'il nous a remise après sa guérison.

« Le 4 février j'ai pris ma première dose de 10 grammes de cubèbe récemment pulvérisé et délayé dans un verre d'eau. Le sommeil n'a pas été modifié, la nuit a été bonne, les fonctions digestives n'ont subi aucun trouble, et rien d'anormal n'a été noté du côté de la circulation.

« Le 5, même traitement, même résultat.

« Le 6 je remarquai que la tendance irrésistible au sommeil qui se manifestait plus particulièrement après les repas, et qui parfois était invincible, ne se faisait plus aussi vivement sentir. La sécrétion urinaire est augmentée; les urines sont claires et limpides comme auparavant. L'appétit est parfaitement conservé, et le pouls régulier, mais assez fréquent (80 pulsations à la minute, ce qui n'est pas habituel).

« Le 7 je continue le cubèbe à la même dose. Il y a, pendant la nuit, un peu de surexcitation ; le sommeil a été accompagné de rêvasseries incommodes. Les organes génitaux ont été notamment plus excités que de coutume. Le lendemain, pas la moindre fatigue dans les membres ; le pouls marque toujours le même nombre de pulsations. Les urines sont toujours plus abondantes.

« La tête se dégage, les idées reviennent, et j'éprouve une véritable aptitude au travail qui arrive, pour ainsi dire, comme un réveil.

« Les 8, 9 et 10, la dose de cubèbe est prise chaque soir, mais la surexcitation des organes reproducteurs est arrivée à un tel point, que je suis forcé d'interrompre le traitement. Mais la mémoire est revenue complétement, et je suis sorti de cette espèce de torpeur qui avait anéanti une partie de mon intelligence. Aujourd'hui je me trouve aussi apte aux travaux de cabinet que je l'étais autrefois.

« Ni la circulation, ni la respiration, ni la digestion n'ont éprouvé

le moindre changement pendant la durée de cette médication. Les seules modifications observées ont été une surexcitation des organes génitaux, et, durant trente-six heures, une sécrétion urinaire plus abondante.

« Du 11 au 15 j'interromps le traitement.

« Les 16, 17 et 18, voulant consommer les 100 grammes de cubèbe, je prends mes dernières doses, et je ne note rien qui n'ait été antérieurement observé.

« Toujours est-il que depuis que j'ai cessé ma médication, j'ai entièrement recouvré ma mémoire, et ai repris avec plaisir mes travaux abandonnés. »

Ce qu'il y a de plus remarquable dans cette observation, c'est la rapidité d'action du cubèbe : six jours ont suffi pour voir disparaître l'état de torpeur cérébrale. Ce résultat est-il dû à ce que la dose du médicament n'était pas fractionnée? Nous ne le pensons pas, et nous rapportons les bons effets plutôt au peu d'ancienneté des troubles nerveux.

Nous devons dire le motif qui a porté notre confrère à prendre la dose du cubèbe en une seule fois. M. X*** s'est occupé toujours avec un grand intérêt des questions de thérapeutique ; or, désirant que l'expérimentation qu'il allait entreprendre servît à trancher les incertitudes qui règnent encore sur l'influence que ce médicament exerce sur la force et le nombre des pulsations, nous le priâmes de lire les diverses observations publiées par M. Dieu sur l'action contro-stimulante du cubèbe (*Traité de matière médicale*, t. III, p. 10). Or, on l'a vu, ni la force du pouls, ni le nombre des pulsations n'ont été diminués chez lui, quoiqu'il ait pris les 10 grammes du médicament en une seule fois, afin d'obtenir la plus grande somme possible des effets dynamiques. Ce n'est donc pas à la sédation exercée sur le système circulatoire qu'il faut rapporter les bons effets du cubèbe sur les troubles cérébraux éprouvés par ce confrère.

J'ai essayé encore l'action du cubèbe dans un cas d'imminence d'apoplexie chez un vieillard de quatre-vingts ans qui, à deux reprises, nous avait déjà présenté des symptômes de ramollissement cérébral. J'attends que le confrère qui a recueilli la fin de cette observation me l'ait adressée pour publier le fait complet.

Un mot maintenant sur le mode de conservation et la posologie du médicament.

Une précaution indispensable pour obtenir le plus sûrement possible les bons effets de cette médication, est de se servir de cubèbe récemment pulvérisé et de conserver le médicament dans un fla-

con en verre. La posologie peut souffrir, en apparence, de ce mode de conservation ; toutefois, ce léger inconvénient est racheté par un grand avantage. Lorsqu'on ordonne le cubèbe, chaque dose est livrée par le pharmacien enfermée dans une enveloppe de papier ; or le papier absorbe la partie constituante la plus précieuse du médicament, l'huile essentielle. Si les paquets sont conservés un certain temps, le malade finit par ne plus ingérer qu'une poudre complétement inerte, car le ligneux ne jouit d'aucune propriété.

Voici ma manière de faire. Je prescris 100 ou 125 grammes de cubèbe, le plus récemment pulvérisé que possible, et les fais placer dans un flacon à tubulure assez large pour pouvoir y introduire une cuiller à café. Je fais en même temps peser une dose qui est destinée à servir d'étalon et que l'on enveloppe dans du papier. Le malade, rentré chez lui, verse ce paquet dans une cuiller à café et se rend ainsi compte de la quantité qu'il doit prendre chaque fois.

L'innocuité du médicament met à l'abri de tout accident, et, selon le but que je me propose, je recommande au malade de se tenir au-dessus, ou au-dessous de la dose prescrite.

J'ai obtenu, en agissant ainsi, des guérisons dans des cas où des confrères avaient échoué avec le même médicament, administré aux mêmes doses. Les succès en thérapeutique reposent souvent sur certains détails de pratique qui paraissent au premier abord n'avoir aucune importance.

La posologie du cubèbe doit varier suivant les effets qu'on veut obtenir. Comme peptique, c'est assez de 50 centigrammes à 2 grammes, administrés au début des principaux repas. Mais si aux troubles gastriques viennent se joindre des vertiges, il faut répéter ces doses matin et soir, de façon que les malades consomment au moins 10 grammes du médicament dans la journée.

Dans les cas de vertige éclamptique ou syncopal, accidents sur lesquels M. le professeur Trousseau a provoqué une récente discussion à l'Académie de médecine, et contre lesquels la thérapeutique courante est complétement impuissante, je n'hésiterais pas à essayer l'emploi du cubèbe à la dose d'une cuillerée à café, répétée deux et trois fois par jour. L'efficacité du médicament, dans ces cas, prouvera mieux que toutes les discussions possibles que ces accidents ne sauraient être rapportés à une congestion, à une hypérhémie du cerveau.

Dans les cas où on veut faire bénéficier les malades des propriétés que le cubèbe communique aux urines, afin de combattre les accidents dus à l'irritation du col de la vessie ou à des phlegmasies des

parties profondes de l'urètre, les doses doivent ne pas dépasser 50 centigrammes à 1 gramme, et être répétées au moins cinq fois dans la journée, afin que les urines soient maintenues constamment médicamenteuses. Il n'en serait plus de même si l'on avait à combattre des accidents paralytiques symptomatiques de lésions des voies urinaires. Dans ces cas, les malades devant bénéficier surtout des effets dynamiques du médicament, on devra en élever progressivement les doses.

Comme agent aphrodisiaque, le cubèbe doit être prescrit à la dose de 10 à 15 grammes.

Nous avons eu spécialement pour but en écrivant cette note d'appeler l'attention de nos confrères sur les propriétés les moins connues du cubèbe. Leur esprit mis en éveil, ils seront moins exposés à laisser passer inaperçus des faits qui ne les avaient pas frappés jusque-là. Espérons que de nouvelles observations viendront confirmer nos essais et permettront d'inscrire ces enseignements de façon qu'ils ne soient plus perdus désormais pour la pratique courante.

Dr Debout.

THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE.

Note sur l'efficacité de l'association du cubèbe et du copahu dans les affections du col de la vessie et de la région prostatique de l'urètre.

Par M. le docteur Caudmont.

J'ai employé avec avantage les préparations de cubèbe et de copahu dans diverses affections du col de la vessie et de la région prostatique de l'urètre : les résultats que j'ai obtenus sont tels qu'ils m'ont donné la conviction que ces médicaments possèdent sur ces deux organes une action beaucoup plus certaine que sur la portion antérieure du conduit urinaire. Dans certains cas, j'ai administré le copahu seul ; d'autres fois, j'ai fait prendre le cubèbe isolément : les effets ont toujours été les mêmes ; mais d'une manière habituelle, j'ai recours à l'association du copahu avec le cubèbe, parce qu'il m'a semblé que les organes digestifs supportaient mieux cette préparation.

Les différents états maladifs dans lesquels j'ai expérimenté l'action de ces médicaments ont des caractères spéciaux qu'il est nécessaire de faire connaître d'une manière succincte : ils se rapportent tous à des formes de névralgie ou d'inflammation.

Certaines névralgies du col de la vessie débutent brusquement,

sans avoir été précédées d'aucun trouble fonctionnel, et dès leur apparition les symptômes prennent immédiatement une grande intensité : envies d'uriner très-fréquentes, douleurs vives pendant la miction et surtout à la fin, élancements douloureux le long de la face inférieure de la verge dans l'intervalle des émissions de l'urine, diminution du volume et de la force de projection du jet du liquide. Le plus souvent les urines sont claires et abondantes. Cette forme de névralgie se montre surtout chez des individus sujets à des névralgies très-douloureuses dans d'autres parties du corps, et lorsqu'elle apparaît, il est rare que d'autres organes soient pris.

D'autres fois, avec les symptômes que je viens de noter et qui ont encore une intensité plus grande que dans le cas précédent, on observe la sortie de quelques gouttes de sang pur à la fin de chaque émission d'urine. La plupart des malades qui se sont trouvés dans ces conditions portaient une blennorrhée ; cependant, quelques-uns n'avaient jamais eu d'affection urétrale. Tous avaient ressenti à diverses époques des douleurs rhumatismales, soit dans les masses musculaires, soit dans les articulations, ou bien avaient rendu du sable urique. Du reste, pendant l'accès douloureux, les urines laissent déposer une certaine quantité de mucus ou de muco-pus sous forme de glaires.

Dans ces deux états maladifs, qui ont une grande analogie entre eux, en raison de la forme brusque du début, et de la rapidité avec laquelle les accidents acquièrent toute leur intensité, le copahu et le cubèbe réussissent d'une manière admirable et enlèvent en vingt-quatre ou quarante-huit heures toutes les douleurs du patient. J'administre ces médicaments sous forme de dragées, qui contiennent 40 centigrammes du mélange balsamique, et je fais prendre 15, 18, 24 de ces dragées par jour, selon l'intensité de la maladie.

Quand, pour une affection de l'urètre ou du col de la vessie, il est nécessaire de faire pénétrer des bougies ou des cathéters, il arrive souvent que le passage de ces instruments provoque des accidents semblables à ceux que je viens de décrire, avec cette différence toutefois que les douleurs sont moins vives et les difficultés d'uriner plus grandes : si on persiste à passer l'instrument, on constate que sa présence est mal supportée par la région prostatique de l'urètre et y détermine de vives douleurs. Un écoulement urétral plus ou moins abondant peut apparaître en même temps, soit qu'il y eût déjà une blennorrhée antérieure, soit qu'il n'en fût pas ainsi : néanmoins on n'observe que d'une manière exceptionnelle la complication de la blennorrhagie.

L'emploi du copahu et du cubèbe, aux doses indiquées précédemment, fait cesser d'une manière très-rapide tous les accidents, et en continuant ces médicaments, à la dose de 8 à 12 dragées par jour, on peut reprendre l'introduction de l'instrument, sans avoir à craindre la récidive des phénomènes douloureux. J'ai souvent adopté cette pratique, comme méthode préventive, au début d'un traitement dans lequel il me fallait introduire des bougies, et quand la nature de la maladie me donnait la crainte que l'instrument ne fût pas toléré : j'ai toujours eu à me féliciter d'avoir agi ainsi.

Les écoulements blennorrhagiques simples, sans douleur, déterminés par le passage des instruments de cathétérisme, sont aussi modifiés d'une manière très-avantageuse par l'usage interne du cubèbe et du copahu. Il est vrai que ce genre d'écoulement n'a, en général, aucune importance, et qu'il disparaît de lui-même au bout d'un certain temps, quoiqu'on ne discontinue pas la répétition journalière du cathétérisme. Mais enfin, si on juge nécessaire de tarir le flux urétral, dont s'inquiètent beaucoup les malades, on a dans l'emploi de ces médicaments un moyen d'action très-efficace.

Certains écoulements urétraux paraissent dépendre d'une inflammation passagère du col vésical et de la région prostatique du conduit urinaire. Ils ont pour caractères de se développer à la suite d'un excès de boisson, de rapports sexuels ou de masturbation, de rester très-peu abondants, d'avoir peu de consistance, de se présenter sous la forme d'une petite goutte séreuse, blanchâtre ; de faire sur le linge des taches d'un petit diamètre, grisâtres, avec une portion centrale d'un jaune clair ; d'être accompagnés, dès le début, d'envies fréquentes d'uriner, de douleur au commencement et surtout à la fin de la miction, douleur qui répond à la face inférieure de la fosse naviculaire. Le cubèbe et le copahu guérissent ce genre d'écoulement avec autant de rapidité que les états douloureux du col vésical que j'ai décrits au commencement de cette note. Mais, pour que la guérison se soutienne, il est nécessaire de continuer l'usage des médicaments balsamiques, à dose modérée, pendant une quinzaine de jours.

Enfin, le cubèbe et le copahu employés à dose élevée font avorter presque à coup sûr les blennorrhagies dues à l'action d'une cause interne telle que le rhumatisme, le vice dartreux, ou produites par l'ingestion de certaines boissons, de certains aliments, comme la bière, le café pris en excès, les asperges. Du reste, selon moi, le développement de la blennorrhagie dans ces diverses circonstances doit être attribué à une prédisposition morbide spéciale au col de

la vessie et à une inflammation préalable de la région prostatique de l'urètre; c'est ce qui m'a déterminé à donner le nom d'urétrites d'arrière en avant à ces diverses formes de phlegmasies urétrales.

CHIMIE ET PHARMACIE.

Note sur le carbonate de fer effervescent.

Par M. le docteur Thomas Skinner.

Persuadé que le proto-carbonate de fer, même à l'état solide, est une des meilleures préparations que nous puissions administrer dans les mille et une conditions morbides où les ferrugineux se montrent utiles, et que les préparations officinales actuelles de ce médicament sont incapables d'assurer l'intégrité de sa composition pendant un laps de temps raisonnable, j'ai pensé que ce serait rendre un service que de l'obtenir à l'état naissant et sous une forme soluble au moment de l'ingestion. Je suis heureux aujourd'hui de pouvoir dire qu'après beaucoup de peine et beaucoup d'essais, tant par moi-même que par divers chimistes expérimentés, j'ai enfin réussi à obtenir le proto-carbonate sous la forme stable et élégante d'une poudre granuleuse effervescente.

Le carbonate de fer effervescent se prépare de la manière suivante :

Pr. Acide tartrique	90 grammes.
Bi-carbonate de soude	150 grammes.
Sulfate de fer	40 grammes.
Sucre pulvérisé	50 grammes.
Acide citrique	8 grammes.

1° Mêlez le sulfate de fer avec le sucre et une partie de l'acide tartrique ; 2° mêlez l'acide citrique avec le reste de l'acide tartrique et le bi-carbonate de soude ; 3° ajoutez ces mélanges et incorporez-les complétement en les passant au tamis ; 4° mettez le tout dans une bassine placée sur le bain-marie ; retirez au bout de quelques minutes et agitez vivement, jusqu'à ce que les granules soient formés. Si l'on veut, on peut alors aromatiser avec de l'huile essentielle de citron ; mais jusqu'ici cette addition n'a pas été faite.

Lorsque la préparation a été exécutée avec soin, le produit obtenu a toute l'apparence du citrate de magnésie effervescent, mais avec une légère teinte vert jaunâtre qui n'existe pas dans celui-ci.

Sur 5 grammes il contient 50 centigrammes de sulfate de fer, qui, au moyen d'une partie du bi-carbonate de soude, donnent, à l'état de solution, 20 centigrammes de proto-carbonate de fer naissant. En même temps, il se développe un tartrate avec un peu de citrate et de sulfate de soude, dont la présence est plutôt un avantage, puisque ces sels jouent le rôle d'un doux laxatif, propre à corriger l'effet astringent ordinaire des préparations de fer, et à obvier à la constipation trop fréquente qui accompagne les cas où les ferrugineux sont requis, particulièrement chez les femmes. La saveur de ce médicament dépend beaucoup de son degré de dilution. Lorsqu'il est pris à la dose et de la manière recommandées ci-dessous, cette saveur est celle des préparations chalybées, mais peu prononcée, et en même temps fraîche et pétillante.

Après l'effervescence, il reste une solution d'une transparence parfaite, d'un vert clair, qui, si on la laisse reposer quelque temps, prend une coloration verte plus foncée à la surface, s'accroissant graduellement de haut en bas et flottant comme un nuage sur la couche supérieure du liquide. Cet aspect fut d'abord pris pour le résultat d'une oxydation, mais l'explication la plus exacte paraît être que le carbonate de fer se trouve retenu en solution par un excès d'acide carbonique, et que, à mesure que cet excès vient s'échapper à la surface, le carbonate se sépare de la solution sous la forme d'un nuage léger, et finalement se précipite en une poudre impalpable. Pour ce qui est du degré de stabilité, la préparation a soutenu l'épreuve d'une conservation de plusieurs mois, et elle est encore maintenant aussi bonne que le jour où elle a été faite.

La dose est d'une cuillerée à café, plus ou moins (environ 4 à 6 grammes), deux à trois fois par jour, dans un demi-verre d'eau ou davantage, une heure après le repas, ou dans l'état de vacuité de l'estomac, ainsi qu'on l'a trouvé le plus avantageux. L'état de dilution, dans des bornes raisonnables, augmente la tolérance du médicament et favorise son action thérapeutique. On peut le prendre pendant l'effervescence, mais le moment le plus favorable me paraît être celui où elle vient de cesser. Dans les cas où il est nécessaire de continuer la médication chalybée pendant un certain temps, cette préparation doit toujours céder la place au protosulfate, à l'iodure ou au sesquichlorure de fer ; mais quand le traitement n'a pas besoin de se prolonger longtemps, quand il ne demande qu'une durée de quelques jours, ou d'une semaine ou deux, alors le carbonate de fer effervescent sera bien supporté par l'estomac ; et non-seulement il est bien supporté, mais il paraît produire un effet beaucoup plus

manifeste dans un temps donné et à plus petite dose qu'aucune autre préparation de fer avec laquelle j'aie expérimenté.

Dans la névralgie faciale ou d'autres formes de névralgies, quand elles sont sous la dépendance de l'anémie ou de quelque autre cause à laquelle le fer est apte à remédier, particulièrement dans les cas où il y a torpeur du tube intestinal, un petit nombre de doses agissent souvent d'une manière en quelque sorte spécifique.

Il faut avoir soin toutefois de continuer encore le médicament après que la douleur a disparu, assez longtemps pour détruire la condition d'où dépend la névralgie. Je ferai remarquer que la quantité de fer et l'effet apéritif pourraient être doublés s'il y avait nécessité; mais l'expérience a fait voir que les proportions ci-dessus indiquées sont les plus convenables dans les cas ordinaires.

Qu'il me soit permis d'ajouter, pour conclure, qu'en prescrivant les ferrugineux en général, particulièrement chez les personnes qui craignent la coloration de leurs dents, je suis dans l'habitude de leur conseiller en même temps l'usage de la solution suivante à employer à l'aide d'une brosse à dents, matin et soir, ou après l'ingestion de chaque dose :

Pr. Quadroxalate de potasse (sel d'oseille)......	2 grammes.
Eau de roses..........................	150 grammes.

Mêlez pour une solution, après l'usage de laquelle on doit se rincer la bouche avec de l'eau fraîche ou tiède.

Emploi du chlorate de potasse contre la fétidité de l'haleine.

Nous avons signalé déjà une application des propriétés désinfectantes du chlorate au traitement de l'ozène; en voici une nouvelle, non moins importante, recommandée par la Gazette des Hôpitaux italiens.

Bien des personnes se plaignent d'avoir l'haleine fétide, sans qu'on puisse souvent en accuser de mauvaises dents, ou le manque de propreté de la bouche ; les gencives et la muqueuse buccale sont parfaitement saines. La mauvaise odeur peut alors provenir des poumons, ou de l'estomac; mais neuf fois sur dix, elle a son origine dans l'estomac. Voici, dans ces cas, un remède simple, prompt, certain. Prendre trois heures après le repas une cuillerée à café de la solution suivante :

Chlorate de potasse.........................	6 grammes.
Eau sucrée................................	120 grammes.

Se rincer en même temps la bouche avec cette solution.

Observation pratique sur les teintures alcooliques.

Une presse est indispensable dans le laboratoire d'un pharmacien pour exprimer le suc des plantes, etc., et cependant ce meuble y fait souvent défaut, faute d'espace pour le loger. On est alors forcé de comprimer avec les mains les macérés, pour en séparer le liquide dont ils sont imprégnés. Au nombre de ces préparations, sont les teintures alcooliques. Comme la pression avec les mains est insuffisante par son peu de puissance, il en résulte une perte notable de liquide, qui aujourd'hui représente une valeur réelle par suite du nouveau décret qui frappe d'une surtaxe les droits d'entrée sur les alcools.

En présence de ce fait, nous nous sommes posé les questions suivantes : Peut-on éviter une perte d'alcool en distillant les résidus provenant de la fabrication des teintures ? Y a-t-il économie de temps et de combustible à faire cette opération ? Nous répondrons oui, si on agit sur des masses considérables de substances.

Nous avons opéré de la manière suivante : Dans une tourille en verre, et bouchant hermétiquement, on place, au fur et à mesure que l'on prépare une teinture alcoolique, le résidu qui en provient, et qui est encore fortement imprégné d'alcoolé. Nous avons ainsi réuni dans le même vase les résidus des teintures de digitale pourprée, de feuilles de séné, de fleurs d'arnica, d'écorces d'oranges, de quinquina, de bois de gayac, de racine de colombo, de gentiane, de ratanhia, d'ipécacuanha et de beaucoup d'autres substances ; nous avons distillé tous ces résidus, en suivant les prescriptions d'usage ; il en est résulté un alcoolat fortement chargé de principes aromatiques qui, pour cette cause, n'a pu être employé à des préparations pharmaceutiques, mais qui a trouvé sa place dans la médecine vétérinaire pour en composer l'alcool camphré.

Aujourd'hui, on prive les alcools de fécule et de betteraves de leur odeur fétide de flegme, en les rectifiant avec du savon, dit de Marseille. Ce mode d'opérer peut-il être appliqué à l'alcoolat qui provient de la distillation du mélange des résidus insolubles des teintures alcooliques ? Cette question offrant un intérêt pratique, nous nous proposons d'y revenir. Dans l'opération ci-dessus, il est probable que l'excès de l'alcoolé du savon saponifie les huiles volatiles dont est chargé l'alcool, et que le savon a de plus l'avantage d'empâter cette combinaison, et de fournir un produit presque inodore, car on n'obtient pas le même résultat en distillant un alcool chargé de flegme avec de la chaux et du sous-carbonate de potasse, ou de soude.

Stanislas Martin.

CORRESPONDANCE MÉDICALE.

Tuberculose généralisée. — Phthisie pulmonaire. — Thérapeutique des indications. — Guérison.

Au nombre des maladies que le médecin regarde comme au-dessus des ressources de l'art, il faut placer au premier rang la phthisie pulmonaire, et lorsque celle-ci emprunte son cachet à une tuberculose générale, le pronostic ne semble pas douteux, nous prononçons une condamnation sans appel et les parents conseillent, et les malades acceptent alors ces médications que la raison condamne, les spécifiques ; puis apparaissent dans les familles ces prétendus guérisseurs infaillibles, sous le nom de magnétiseurs, de somnambules, d'homœopathes, etc. ; il est donc bon, lorsque nous avons le bonheur de rencontrer dans notre pratique journalière quelques-uns de ces cas heureux où le médecin, en suivant pas à pas les indications de la diathèse et ses symptômes dominants, est arrivé à maîtriser le mal, à conserver la vie, à rendre la santé ; il est donc bon, dis-je, et peut-être utile, d'en faire part au monde médical, afin de relever le courage défaillant, de faire persévérer dans une thérapeutique active, alors même que l'on ne conserve plus la moindre espérance. C'est dans ce but que je livre à la publicité du Bulletin, à côté de celle de notre très-regretté confrère Forget (*Bulletin de Thérapeutique*, t. LIX, p. 533), l'observation suivante :

X*** est âgé de dix-sept ans, il est grand pour son âge, son intelligence est très-développée ; il a eu toutes les maladies de l'enfance et, vers les onze ans, une pleurésie du côté droit avec épanchement considérable. Il est apathique de sa nature, ne prenant intérêt qu'à ce qui le touche personnellement et adonné depuis l'enfance à la masturbation.

Avant de décrire son état, nous dirons deux mots des ascendants et des collatéraux de la famille à laquelle il appartient.

Son père et sa mère n'ont jamais présenté de symptômes d'affection tuberculeuse. Dans la ligne paternelle, voici ce qui est à ma connaissance : l'aïeule a succombé vers soixante ans, présentant les signes physiques de cavernes pulmonaires du sommet. Une tante a succombé, jeune encore, à une affection de langueur avec toux, crachement de sang, etc., m'a-t-il été rapporté. Elle laissa deux enfants, dont l'un mourut en nourrice ; le second présenta tous les

caractères d'une diathèse scrofuleuse, et eut vers l'âge de treize ans une pleurésie tuberculeuse; il guérit sans un traitement énergique, quitta le collége pour la vie des champs; il a atteint sa vingt-unième année et semble jouir d'une bonne santé; mais ne laisse pas, dès qu'il quitte sa vie champêtre pour séjourner quelque temps à Paris, d'être pris d'essoufflement, de toux, et nul doute que la tuberculose n'ait là un domicile. Enfin, une autre tante a eu des crachements de sang et a présenté dans un temps tous les signes d'un commencement de tuberculisation.

Dans la ligne maternelle, les renseignements nous manquent; mais ils ne nous sont pas nécessaires pour établir l'hérédité comme étiologie, et la masturbation comme cause déterminante.

Au mois de février 1860, je fis appeler MM. Rayer et Barth, pour conférer avec moi sur l'état du jeune X***, qui, au moment de passer les examens de bachelier, renonçait forcément à son travail et prenait le lit, sérieusement atteint.

Nous constatâmes les phénomènes suivants :

X*** se plaint de faiblesse générale, de sueurs qui l'inondent, surtout le matin, de diarrhée séreuse, d'une petite toux sèche, sans expectoration; d'ailleurs, il ne se trouve pas gêné, dit-il, dans l'acte de la respiration; il est maigre et sa peau a un aspect terreux, les yeux sont enfoncés sous les arcades orbitaires.

La percussion de la poitrine indique immédiatement une différence notable entre les deux côtés; tandis que le sommet gauche du thorax donne une résonnance presque normale, à droite nous constatons une matité absolue, qui s'étend au-dessus et au-dessous de la clavicule, dans un diamètre de 10 centimètres; la percussion sur la clavicule même donne un son mat absolu.

L'auscultation révèle une respiration faible, paresseuse des deux côtés, avec expiration rude au sommet gauche et craquement muqueux; à droite, à ces symptômes il faut ajouter un léger gargouillement qui ne s'entend qu'à de rares intervalles et du souffle amphorique. L'abdomen est douloureux à la pression, empâté, et j'ajouterai par anticipation, que quelques jours plus tard, je constatai un léger épanchement. Le pouls est petit, filiforme et donne 80 pulsations à la minute.

En présence de ces symptômes, voici le diagnostic que nous portâmes :

Tuberculose généralisée, phthisie pulmonaire avec caverne presque sèche, ulcération intestinale et, vu l'état d'émaciation du malade, notre pronostic fut des plus graves; la mort nous sembla,

d'un commun accord, devoir, dans un assez bref délai, terminer cette scène morbide. Cependant, nous rappelant les préceptes posés au début de cette observation, nous convînmes du traitement à opposer aux principales manifestations de la maladie.

X*** fut mis à l'usage de la décoction blanche de Sydenham, aux potages épais, additionnés à chaque repas d'un gramme de pepsine neutre; le ventre fut recouvert de cataplasmes laudanisés et le sommet de la poitrine d'un badigeon de teinture d'iode.

A quelques heures de sommeil succédait, toutes les nuits, une insomnie fatigante; il fut donné une cuillerée à café de sirop de codéine, vers le milieu de la nuit.

Sous l'influence de ces moyens, la diarrhée diminua sensiblement, les sueurs furent moins profuses et le malade demanda une nourriture plus substantielle; il était d'ailleurs fatigué de sa décoction blanche. Il prit alors quatre doses de sous-nitrate de bismuth par jour. Aux potages gras on ajouta la permission de sucer une côtelette ou une petite tranche de bœuf rôti ou grillé, toujours avec accompagnement de pepsine neutre à chaque repas. Des onctions de pommade iodurée furent pratiquées matin et soir sous les aisselles et sur le ventre, et celui-ci recouvert de cataplasmes; on persévéra dans le badigeon à la teinture d'iode, changeant de localité lorsque la peau devenait trop sensible.

Une amélioration bien lente, il est vrai, se manifestait; mais enfin le malade vivait et, vers le milieu de mars, tout en ne constatant aucun changement ni à la percussion, ni à l'auscultation dans la poitrine, on remarquait cependant que le malade toussait moins, ne crachait jamais, et surtout qu'on obtenait de lui plus facilement ce qu'on pensait devoir lui être favorable; les selles étaient plus rares, quoique toujours molles et parfois liquides; le ventre était moins empâté, l'épanchement avait disparu. Nous pouvions désormais, tout en le conduisant avec beaucoup de prudence, agir avec plus d'énergie, en vue de la diathèse.

Le malade consentit à prendre le matin une tasse de lait au chlorure de sodium (il détestait le lait); dans la journée, deux petites cuillerées d'huile de foie de morue; le sous-nitrate de bismuth fut remplacé par 4 grammes d'un mélange à parties égales de phosphate de chaux et d'yeux d'écrevisse; il fut placé sous la clavicule droite un écusson de caustique de Vienne de la grandeur d'une pièce d'un franc; on persévéra dans le badigeon à la teinture d'iode sur le côté gauche et aux onctions à la pommade iodurée; l'alimentation fut un peu augmentée et, tout en conservant le régime ani-

mal, on consulta le malade sur ses goûts. La poudre de pepsine fut continuée pendant tout le courant de mars.

Pendant les mois d'avril et de mai, il ne fut guère apporté de changements à ces errements. On appliqua successivement trois caustiques à la poudre de Vienne ; les petites cuillerées d'huile de foie de morue devinrent de grandes cuillerées ; le ventre ayant repris sa souplesse et ne présentant plus de points douloureux, on cessa les onctions iodurées sur cette localité, qu'on se contenta de recouvrir d'ouate. On continua les poudres calcaires, le lait au chlorure de sodium ; la pepsine neutre fut remplacée par l'élixir de pepsine ; les digestions se faisaient bien.

Le malade se leva vers le milieu de mai et, quoique d'une grande maigreur et se soutenant mal sur ses jambes, il se sentait revivre et, en effet, son teint perdait l'aspect terreux et les yeux paraissaient moins enfoncés ; l'appétit devenait exigeant et le vin un besoin ; il lui en fut accordé une petite quantité.

Du 15 mai au 15 juin il ne fut pas fait de changement à ce traitement. X*** reprit des forces et un léger embonpoint. Les selles étaient normales et le sommeil bon.

Je priai M. Barth de venir revoir le malade, et voici ce que nous constatâmes : la respiration était moins paresseuse, moins rude à l'expiration ; les craquements muqueux persistaient à gauche ; la matité absolue était toujours la même à droite ; mais le gargouillement était encore plus rare à droite, et le souffle amphorique si peu étendu que nous nous crûmes en droit d'admettre que la caverne avait diminué d'étendue.

L'abdomen était normal à la pression ;

Le pouls donnait 70 pulsations à la minute ; mais il avait pris de l'ampleur.

En somme, il y avait une amélioration sensible dans les phénomènes généraux : le malade n'accusait plus qu'une faiblesse relative ; plus de sueurs, plus de diarrhée, un appétit de bon aloi ; le désir de la campagne et le besoin d'exercice.

La poitrine ne nous donnait que des signes négatifs quant à l'amélioration ; c'est-à-dire que le mal n'avait pas grandi, et même que dans deux des caractères il s'était avantageusement modifié ; la caverne était plus petite et la respiration moins paresseuse.

Pour ne pas perdre immédiatement mon malade de vue, je le mis en pension dans la maison de convalescence de notre confrère, M. Dupertuis, à Champigny.

Les mêmes moyens furent continués pendant son séjour à Cham-

pigny; les forces et l'embonpoint firent de si rapides progrès, que le malade était méconnaissable au bout d'un mois. Nous étions au 15 juillet, je l'adressai à M. Niepce, médecin inspecteur des eaux d'Allevard. X*** passa six semaines dans cette localité, voyagea sur le littoral de la Méditerranée, et, vers la fin de septembre, suivant le conseil que je donnai à la famille de lui faire passer l'hiver au Vernet, sous la surveillance du docteur Piglowski, dont nous connaissons les opinions sur les traitements thermaux. (*Gaz. des hôpit.*, 1860, p. 358, 370).

Le jeune X*** fut dirigé sur cet établissement thermal. Voici l'état dans lequel il y arriva. Ici je copie textuellement la lettre de notre confrère.

« L'examen de la poitrine de votre jeune malade donne encore à la percussion de la matité à la partie supérieure du côté droit, et l'auscultation démontre que les bruits d'expiration et d'inspiration sont inégaux entre eux des deux côtés. Il existe aussi une espèce de paresse respiratoire.

« Soit sous l'influence heureuse du climat vivifiant, d'un régime éminemment tonique et réparateur, grâce enfin et surtout à l'usage des eaux sulfureuses prises journellement en boisson et d'un bon nombre de bains, cette marche progressive vers le bien fut constamment appréciable, et l'amélioration se consolida de plus en plus, au point qu'aujourd'hui (27 mars 1861), la santé de notre jeune homme ne laisse plus rien à désirer.

« Ainsi, à notre dernier examen, nous avons trouvé, par la percussion, des sons normaux dans toute l'étendue et des deux côtés. Le bruit vésiculaire est très-large et également robuste; pas de craquements, et c'est en vain que nous avons cherché l'emplacement de l'ancienne caverne. En un mot, les signes fournis par le stéthoscope offrent tous les indices d'une respiration normale.

« L'état général est des plus satisfaisants; un embonpoint notable, grandes forces musculaires, le teint plus coloré et surtout très-hâlé par le soleil, etc. »

Cette observation est curieuse à plus d'un titre.

Quant au diagnostic, il ne laisse aucun doute sur une tuberculose généralisée dans la cavité thoracique et dans celle de l'abdomen.

La masse tuberculeuse, située au sommet du poumon droit, était considérable, et la caverne, que nous évaluâmes à la cavité d'un œuf de poule, offrait cette particularité de ne contenir que peu de matière et d'être probablement ouverte à son sommet (gargouillement rare et peu de crachats).

Quant au pronostic, il était fort grave, et nous nous crûmes autorisés à prédire une fin prochaine, tant la marche de la maladie avait été rapide.

Cependant nous instituâmes une thérapeutique basée sur les indications les plus urgentes ; ainsi, deux points importants existaient dès le début : arrêter la diarrhée et nourrir le malade, fût-ce même par des digestions artificielles ; la décoction blanche et les cataplasmes laudanisés répondaient à la première indication ; la pepsine prise en même temps que les aliments répondait à la seconde.

La diathèse tuberculeuse était entée sur une constitution éminemment lymphatique, nous mîmes le malade au lait de chlorure de sodium, à l'huile de foie de morue, au phosphate de chaux, aux onctions avec la pommade iodurée et, pour activer la vie dans les localités où les dépôts étaient plus considérables, nous usâmes du badigeon à la teinture d'iode et des applications du caustique de Vienne.

Plus tard, alors que la maladie marchait vers une guérison assurée, les eaux d'Allevard et l'hivernage au Vernet sont venus compléter l'œuvre commencée.

En résumé, dans cette synthèse thérapeutique, on peut se demander auquel de ces divers moyens revient l'honneur de cette cure et chercher quel fut le *spécifique* de la diathèse tuberculeuse.

Nous conviendrons que toutes ces substances prises isolément eussent été impuissantes à enrayer le mal ; mais que, se prêtant le mutuel appui de leur action *élective* et *spéciale*, elles n'ont amené la guérison que par l'attention que nous avons mise à suivre pas à pas les indications que présentèrent les diverses phases de la maladie.

Dr Lecointe.

BIBLIOGRAPHIE.

Principes de la doctrine, et de la méthode en médecine, introduction à l'étude de la pathologie et de la thérapeutique, par M. J. Delioux de Savignac, professeur de clinique médicale à l'École de médecine navale de Toulon, premier médecin en chef de la marine, officier de l'ordre impérial de la Légion d'honneur.

Si, séduits par les déclamations de quelques esprits forts en médecine, quelques-uns des lecteurs du *Bulletin de Thérapeutique* en étaient venus à douter que la philosophie médicale fût autre chose qu'un mot, nous les engagerions, pour sortir d'une si grande er-

reur, à lire et à méditer l'ouvrage extrêmement remarquable que vient de publier M. Delioux de Savignac. Qu'est-ce que la vie? Je vous défie de répondre autrement que par des divagations à cette simple question, sans vous placer immédiatement en face de la nécessité absolue de notions qui, pour se préciser et répondre au besoin de connaître qui tourmente l'espèce humaine, plongent dans les choses au delà des apparences, des purs phénomènes, en s'efforçant au moins d'atteindre la cause des faits concrets dont l'intelligence est informée par le témoignage des sens. Sans nous embarquer dans une discussion qui nous entraînerait bien vite au delà des limites dans lesquelles nous devons nous renfermer ici, voulez-vous juger tout de suite ce que devient la biologie, quand on la tronque ainsi dans son étude, écoutez ce que répond à la question que nous posions tout à l'heure un des esprits les plus droits de ce temps-ci, mais qui s'est laissé entraîner dans une voie fausse par un homme que l'infatuation de lui-même et un incommensurable orgueil a perdu, écoutez, disons-nous, ce que répond à cette question M. Littré : « La vie n'est que la manifestation de l'une ou de l'ensemble des propriétés inhérentes à la matière organisée, et que ne contient pas la matière brute; » et plus loin : » « La notion de vie est donc représentée par le phénomène le plus général qui se passe dans la matière organisée en action, par le phénomène que manifeste toujours et sans interruption tout être organisé agissant. C'est là tout ce que nous pouvons savoir de réel à cet égard : toute idée métaphysique sur la nature intime, sur les causes premières, sur l'essence du phénomène, toute idée d'entité se trouve et doit être tout à fait éloignée (1) ». Sans se dissimuler les difficultés auxquelles se heurte immédiatement l'esprit, lorsque, ne se contentant pas d'admettre la vie comme un résultat de l'organisation, on veut remonter à sa cause, la saisir non dans son essence même, mais dans la force initiale qui l'enveloppe et d'où elle se dégage, sans se dissimuler ces difficultés, répétons-nous, M. Delioux ne s'est point arrêté à cette notion superficielle, et obéissant à l'instinct de l'intelligence qui nous entraîne à supposer une cause là où nous constatons un effet, il a résolûment abordé la question fondamentale qui se pose ainsi nécessairement au seuil de la biologie, par conséquent de la médecine. Nous ne dirons pas la solution à laquelle il s'est arrêté, et qui se rapproche et s'éloigne de beaucoup de solutions qui ont été tour à tour proposées pour résoudre cette question,

(1) *Dictionnaire de médecine de Nysten*, 10e édition, article VIE, p. 134.

nous renverrons pour cela à l'ouvrage même de notre savant confrère. Nous dirons seulement que M. Delioux, sans s'imaginer voyager dans le pays des fantômes et reculer jusqu'à l'âge poétique de l'humanité, arbore hardiment le drapeau du vitalisme, en ce sens au moins qu'il n'hésite point à poser, à côté des forces cosmiques qui agissent dans l'organisme, des forces toutes spirituelles sans lesquelles la vie ne peut être conçue dans son développement primitif. Non, hâtons-nous de l'ajouter, qu'il se place sur ce point dans le camp des théovitalistes ou des animistes, il s'en défend même, mais il admet dans l'organisme des forces qui le font organisme, et sans lesquelles il ne différerait point de la matière pure, nue. Je ne puis résister au désir de citer ici un passage de Leibnitz, que je trouve dans l'ouvrage de M. Delioux, et qui marque bien la nature de la force; je voudrais que les lecteurs du *Bulletin* retinssent ces quelques paroles du plus profond des philosophes, de celui qui a pénétré le plus avant dans cet ordre d'actions, que notre ensorcellement de la matière nous empêche si souvent de saisir. « La force, dit Leibnitz, est essentiellement simple et une, identique et inaltérable, spirituelle, immatérielle; partant, elle est impérissable, parce que cela seul qui est composé peut périr *naturellement* par la dissolution, qui est la seule mort naturelle. La force ne commence donc que par création, et ne peut finir que par annihilation, c'est-à-dire par miracle (*c'est-à-dire encore par un autre ordre de Dieu, jussu Dei*). Elle contient l'acte en elle-même; elle n'est ni la pure faculté d'agir, ni l'action, mais quelque chose de moyen qui enveloppe l'effort; et ainsi c'est d'elle-même et par sa propre vertu qu'elle se porte à l'action; elle n'a pas besoin de secours, mais seulement de n'être pas empêchée. Elle est donc activement et véritablement motrice ». S'il nous était permis de placer à côté de cette notion, aussi rigoureuse que vraie, de la force, l'idée que s'en forme M. Delioux, quand il l'absorbe dans la substance et dans l'espèce, dans la matière organisée, pour en faire la substance du corps vivant, nous croyons qu'il y aurait là à signaler une contradiction qui nous montrerait comment il se fait que, vitaliste en théorie, notre savant auteur conclut en pratique comme un organicien pur. « L'homme une fois fait, disait un jour, dans une discussion académique, M. Trousseau, je suis matérialiste. » M. Delioux dit-il autre chose? Nous craignons que les deux erreurs ne se touchent, ne se confondent même aux yeux de qui voudrait un peu presser l'argumentation. La force ne s'aliène pas, ne s'absorbe pas dans la matière qu'elle anime, dont elle est la loi; elle demeure, en

quelque intime combinaison qu'elle soit avec elle, dans son inaltérable entité.

Nous ne voulons pas nous étendre davantage sur ce point, bien que ce soit là que se trouve le nœud de la question qu'il s'agit de résoudre, quand on veut prendre part entre les partisans du vitalisme et de l'organicisme proprement dit. A cette hauteur, le vertige peut prendre aux meilleures têtes; et, dans cette impuissance de la raison, la vérité n'apparaît plus que comme une énigme : on la pressent, on ne la saisit pas, et cette défaillance de l'esprit se traduit par l'incertitude des formules, des expressions.

Quoi qu'il en soit de cette sorte de confusion, qui reparaît çà et là dans l'ouvrage du savant médecin de la marine, quand il vient à toucher aux nombreuses questions, soit de nosologie, soit de pathologie, soit de thérapeutique, dans lesquelles cette question est impliquée, nous n'en sommes pas moins convaincu que cet ouvrage répond admirablement au but même que l'auteur s'est proposé, et qui est d'initier les médecins aux principes mêmes de la médecine, en remontant jusqu'aux racines mêmes de la vie. A considérer le livre de M. Delioux au point de vue de cette didactique profonde, la seule qui soit digne de la science utile, noble entre toutes, que nous cultivons, nous n'hésitons pas à dire que ce livre est un des plus importants et des plus profonds qui aient été publiés depuis un certain nombre d'années. Il dépasse de toute la hauteur des questions fondamentales qu'il agite ces nombreux traités de pathologie générale qui ont été publiés depuis quelque temps : il ne les supplée pas assurément, mais il y initie, il y introduit des notions philosophiques qui souvent y manquent; il y jette les lumières, sans lesquelles les vérités qu'ils développent ne sont qu'incomplétement comprises. Aussi bien plaçons-nous hors ligne la première partie de cet intéressant ouvrage, où l'auteur traite avec une ampleur de détails, une justesse de conception, qui ne se trouvent nulle part ailleurs, des méthodes et des systèmes en médecine, du dogmatisme antique, du dogmatisme moderne, de l'anatomie pathologique, des forces, de la substance du vitalisme et de l'organicisme, etc. Nous avons laissé pressentir comment l'auteur comprend la vie; nous avons vu les difficultés que soulève son dogmatisme propre à cet égard. Mais M. Delioux ne s'est point borné ici à ses seules affirmations; il a fait une large étude du dogmatisme antique et du dogmatisme moderne : il y a là un travail pratique de premier ordre, et qui mérite d'être attentivement étudié. Nous y avons remarqué une lacune pourtant, c'est l'absence des idées doctrinales de M. Pidoux, qui

part lui aussi de l'activité de la matière pour combattre le nosologisme, et fonder une nosologie au moins originale, qui vaut la peine d'être examinée. Nous savons bien que cet éloquent vitaliste, cet hérésiarque plein de verve n'a guère exprimé sa pensée que dans des fragments de critique, où celle-ci ne se trouve que sous une expression incomplète ; nous savons bien que, mêlée dans un ouvrage de longue haleine avec celle de M. Trousseau, on ne la saisit là encore que comme en un demi-jour. Pourtant il y a ici et là une originalité assez puissante pour qu'un critique aussi sagace que M. Delioux ait pu la dégager là et partout des ombres qui peuvent l'obscurcir et l'examiner. Nous espérons que quelque jour cette lacune sera comblée ; nous aimons mieux embrasser cette espérance, que de supposer que le médecin de Toulon ait dédaigné de s'occuper de deux personnalités aussi considérables, sous le prétexte futile que de tels labeurs ne sont que pures fantaisies. A ce titre, cette exclusion serait une injustice ou un défaut de perspicacité. Nous n'admettons pas plus l'une que l'autre chez un homme de la portée de M. Delioux.

Pour indiquer au moins l'ensemble scientifique qu'embrasse l'ouvrage du premier médecin en chef de la marine, nous ajouterons qu'après ces larges, lumineuses et fécondes disquisitions sur la philosophie même de la science, il traite dans un second livre de la pathologie et de la thérapeutique générales. Quand, avant d'aborder les problèmes nombreux qui se posent à propos de ces deux parties essentielles de la science médicale, on a éclairé le chemin qui y conduit de si vives lumières, on peut prévoir la précision des notions qui sont là partout répandues.

En résumé, le livre de M. Delioux de Savignac est un livre marqué du caractère d'une profonde originalité : non que les solutions auxquelles arrive l'auteur soient entièrement neuves; on les retrouve sous une forme moins correcte dans l'*Histoire de la science* ; mais on y a rattaché la médecine aux principes mêmes de la philosophie; on y a montré que cette science avait ses racines dans la science même des principes, dans la métaphysique ; c'est là surtout son côté original. Les *Eléments de la science de l'homme*, de Barthez, voilà le seul livre avec lequel il ait quelque affinité ; mais il le distance de beaucoup par la netteté des notions, l'ampleur des détails, et l'abondance des développements : *alta vitam sub nube relinquat.* (Virg.).

RÉPERTOIRE MÉDICAL.

Anus *contre nature opéré avec succès par un procédé analogue à celui de Reybard.* L'anus contre nature est une infirmité si dégoûtante et si pénible que, lorsqu'il est possible de ne pas s'en tenir à la palliation, c'est un devoir de chercher à en délivrer les malades. Ce résultat, M. le docteur Tuefferd, médecin à Montbéliard, a eu la satisfaction de l'obtenir par un procédé qu'il a imaginé, mais qu'il a reconnu après coup, avec une franchise honorable, n'être en définitive autre chose que le procédé inventé par M. Reybard et qui, entre les mains de son auteur, sur deux cas, a procuré deux succès. Celui que lui a dû M. Tuefferd est un nouveau motif pour recommander aux praticiens la manière d'opérer de l'ingénieux et habile chirurgien lyonnais. Voici l'analyse de l'observation de notre confrère de Montbéliard.

Il s'agit d'une femme qui, opérée tardivement d'une hernie crurale du côté droit, portait depuis deux ans un anus contre nature donnant issue à la totalité des matières stercorales : aucune excrétion ne se faisait plus par le rectum. La malade était amaigrie et perdait ses forces. L'ouverture anormale de la région inguinale était assez large pour admettre l'index, et même le médius, en forçant un peu. Il s'en échappait un bourrelet muqueux en forme de manchon anfractueux, long de 3 à 4 centimètres; la peau circonvoisine était indurée, calleuse, rouge, excoriée. Etant parvenu à trouver les deux bouts de l'intestin, M. Tuefferd appliqua l'entérotome de Dupuytren, et bientôt les évacuations se rétablirent par la voie naturelle ; mais ce n'était pas un résultat suffisant, il fallait chercher à fermer l'orifice accidentel. Rejetant les cautérisations, qui peuvent réussir quand cet orifice est une simple fistule, mais qui paraissaient devoir rester impuissantes dans un cas où l'ouverture anormale était considérable, notre confrère essaya d'abord d'un moyen qui, après le rétablissement du cours des matières, réussit quelquefois, mais lentement il est vrai, l'action compressive et obturatrice d'un bandage. Ce moyen fut employé avec persévérance pendant dix-huit mois : les excrétions fécales se firent désormais, en totalité, par l'anus, à l'exception de quelques gaz et de quelques matières liquides qui sortaient parfois par l'ouverture du pli de l'aine ; l'embonpoint se rétablit, les forces revinrent ; mais l'anus contre nature existait toujours. M. Tuefferd fit alors entrer la malade à l'hôpital, afin de pouvoir surveiller de près les effets de l'opération qu'il avait projetée et qu'il pratiqua comme il suit :

« Le pouce d'un aide étant placé sur l'anus contre nature, afin de maintenir le prolapsus, deux incisions semi-elliptiques, se réunissant à leurs extrémités, en circonscrivirent l'orifice sans atteindre l'intestin. A droite et à gauche, deux autres incisions transversales et d'une longueur de deux centimètres à peu près, vinrent rejoindre les premières. Il fut alors facile de disséquer, en haut et en bas, deux larges lambeaux, puis de les adosser par leurs faces profondes, en les redressant l'un contre l'autre, de manière à faire un pli saillant de plus de deux centimètres. Deux lames d'acier, d'égales dimensions, garnies d'un cuir très-souple et percées chacune de six trous correspondants, furent couchées de chaque côté à la base des lambeaux redressés. Six épingles traversèrent à la fois ces sortes d'attelles, ainsi que les tissus interposés. Enfin, des fils furent entortillés sur les épingles, sans opérer une constriction trop forte. » La malade ayant eu plusieurs grossesses, le tégument abdominal était si relâché, qu'il suffit de placer la cuisse dans un degré moyen de flexion, pour éviter tout tiraillement.

Le chirurgien avait ainsi obtenu le contact, aussi parfait que possible, de deux grandes surfaces saignantes. Au bout de quatre jours, les quatre épingles du milieu furent enlevées; deux jours plus tard, celles des extrémités le furent également. La soudure était complète, et il ne s'était pas fait la moindre filtration. Les jours suivants il se forma successivement, aux environs de la cicatrice, deux petits abcès qui s'ouvrirent spontanément, donnant issue à un peu de pus mêlé de gaz et de liquides stercoraux, et se refermèrent promptement au moyen d'une compression modérée. La malade retourna dans son village, où M. Tuefferd a eu occasion de la revoir ultérieurement, délivrée de son infirmité, et

portant, par une précaution recommandée, un brayer qui ne l'empêche pas de se livrer aux rudes travaux de la campagne. (*Bull. de la Soc. de méd. de Besançon*, année 1860.)

Hernie étranglée *réduite sous l'influence de l'opium.* Il est si désirable d'obtenir la réduction d'une hernie, quand il existe des accidents d'étranglement, et de pouvoir ainsi éviter l'opération, que nous enregistrons volontiers les faits tendant à montrer que, sous l'influence de certains agents, ce résultat peut être atteint. Parmi ces agents figure l'opium, et déjà nous avons rapporté quelques cas favorables. A ces cas, nous ajouterons le suivant, qui appartient au docteur Doyle.

Il s'agit d'un nègre, auprès duquel ce médecin fut appelé ; il le trouva dans un état de prostration, avec une hernie étranglée depuis plusieurs jours, et contre laquelle des efforts répétés de taxis étaient restés impuissants. Il y avait eu des vomissements stercoraux, et le malade paraissait devoir rapidement succomber. 2 grains d'opium lui furent administrés de deux heures en deux heures ; après la troisième dose, il tomba dans la stupeur ; sa respiration devint stertoreuse. Les membres inférieurs étaient placés dans la flexion. Tout d'un coup, il fit un mouvement, et l'on entendit un bruit assez fort. On examina, la tumeur avait disparu.

On comprend qu'en signalant ce fait, nous n'avons pas pour but de proposer comme devant être imitée la conduite du médecin américain. Nous pensons qu'après une temporisation suffisante, il y a lieu de recourir à des procédés dangereux certainement, mais que l'expérience a consacrés, sous peine, en attendant davantage, de voir survenir des accidents de sphacèle des parties herniées. Notre seule intention est de rappeler qu'au moyen des stupéfiants, administrés hardiment et le plus près possible du début, on peut mettre le patient dans des conditions favorables au succès du taxis. (*Amer. journ. of med. sc.*, et *med. Times and gaz.*, mars 1861.)

Hydatide du foie ; *symptômes insolites* ; *guérison spontanée.* Quand la nature se charge de nous apprendre elle-même les procédés de guérison qu'elle met en usage, dans certains cas, nous devons avoir garde de négliger ses enseignements. Voici un fait instructif sous ce rapport, autant qu'intéressant, que rapporte M. le docteur Chereau.

Le docteur X***, alors âgé de vingt-quatre ans et élève externe dans un des hôpitaux de Paris, était à faire son service lorsqu'il fut pris tout à coup (c'était dans le mois d'août dernier) de violentes douleurs épigastriques continues, sans exacerbations, sans irradiations particulières. C'était une sensation de déchirement atroce, s'exaspérant à chaque mouvement et accompagné de sueur abondante. Après un quart d'heure de souffrance, le patient sortait de l'hôpital, se traînant avec peine, courbé comme un vieillard, quand il sentit dans l'abdomen un violent mouvement péristaltique des intestins, suivi de borborygmes, et la douleur cessa comme par enchantement. Le lendemain les conjonctives et la peau prirent une légère teinte ictérique ; l'urine avait aussi une teinte bilieuse ; deux ou trois jours après tout était dissipé.

Au mois d'août 1860, après un long intervalle de santé parfaite, le docteur X*** fut pris subitement encore d'un accès douloureux semblable au premier, mais plus long, plus violent. Dix gouttes de laudanum de Rousseau le calmèrent en quelques minutes ; ictère consécutif assez prononcé, de quelques jours de durée.

En janvier 1861, nouvelle colique rapidement calmée par le même moyen, mais suivie cette fois d'un ictère intense d'une quinzaine de jours de durée (bains alcalins, eau de Vichy). Suivirent huit ou dix jours de santé, sauf une sensation légèrement douloureuse au niveau du foie ; puis un ictère léger survint et simultanément de l'insomnie et de l'anorexie. Une application de 10 sangsues à l'épigastre amène la disparition très-rapide de tous ces symptômes. Santé parfaite jusqu'au 12 mars. A cette dernière époque, nouvelle colique, qui débuta par de violentes douleurs dans les épaules, s'accompagna de vomissements, dura plusieurs heures dans toute son intensité, ne céda point au laudanum et ne se modéra qu'après l'application de 10 sangsues. Enfin, le 13 mars, après une amélioration de courte durée, le docteur X*** prit définitivement le lit.

Voici quels symptômes il offrait alors : ictère intense, urines noires, rares, d'une émission difficile ; matières fécales décolorées ; douleurs épigastriques et hépathiques, sourdes, s'exaspérant par moments ; volume du

foie légèrement augmenté; épigastre sonore à la percussion Bientôt reparurent les coliques hépathiques, vraiment atroces, cette fois, par leur violence et leur durée. Pendant vingt quatre heures elles ne ressèrent pas un instant, et jetèrent le malade dans un état d'affaissement physique et moral inexplicable; il était en proie à des hallucinations d'un caractère étrange et lugubre. Quelques doses d'extrait thébaïque (1 centigramme de deux en deux heures) calmèrent les douleurs. Il y eut quelques jours de calme; mais le malade éprouvait une répugnance invincible pour les aliments, et il était tourmenté par une insomnie que l'opium seul combattait avec quelque succès. L'ictère n'avait jamais été aussi intense. On insista sur le traitement alcalin.

Vers le 15 avril, la scène changea. Un matin apparurent les phénomènes suivants: frisson violent de vingt minutes de durée, suivi d'un stade de chaleur, qui dura deux heures, et pendant lequel le pouls battit 120 pulsations. Une sueur abondante termina l'accès fébrile, pendant et après lequel le malade ressentit une vive douleur splénique s'irradiant dans l'épaule gauche. Le côté droit n'était pas douloureux. 50 centigrammes de sulfate de quinine parurent exagérer les douleurs; mais le lendemain il n'y eut point de fièvre. Elle reparut les jours suivants; la douleur splénique persistait, et l'ictère avait reparu plus foncé que jamais. Dix huit petits cautères au caustique de Vienne furent appliqués sur les régions du foie et de l'estomac. Potion avec 10 centigrammes de calomel. L'amaigrissement devint effrayant. Plus d'alimentation possible, plus de sommeil.

Le 22 avril, aggravation subite. La fièvre devint ardente et continue. La constipation devint invincible; le ventre se ballonna et devint très-douloureux, surtout dans la région iliaque droite. Un autre point douloureux, très-aigu, se faisait sentir, au niveau du foie, dans la région thoracique latérale droite. Le malade ne pouvant plus boire que quelques gorgées à la fois, il lui semblait que la capacité de son estomac était réduite. Il eut bientôt des vomissements. Chaque effort était accompagné d'horribles douleurs. L'épigastre, saillant, donnait à la percussion une sonorité obscure et une certaine résistance à la palpation. Le soir, le malade, dans un état désespéré à ses propres yeux et aux yeux de tous, prit une dose d'extrait thébaïque et s'endormit. A une heure du matin, il se réveilla fort surpris de ne plus éprouver de vives douleurs, quoique le ballonnement du ventre persistât. La fièvre avait aussi cessé.

Le lendemain, dans la matinée, il y eut, à l'aide d'efforts très-douloureux, expulsion de matières dures, décolorées, suivie d'une énorme quantité de matières molles, colorées, parmi lesquelles on aperçut une poche transparente ayant les apparences d'une hydatide mère, et qui, distendue par le liquide, devait avoir environ la grosseur d'un poing d'homme. Cette évacuation soulagea beaucoup le malade et changea la scène comme par un coup de rideau Le ballonnement tomba. La douleur iliaque diminua encore, ainsi que la fièvre qui revenait par accès quotidien. Le malade s'aperçut alors que le gonflement épigastrique avait fait place à une dépression A partir de ce moment, tout alla de mieux en mieux, et aujourd'hui (19 juin) le docteur X*** ne conserve plus aucun souvenir de sa maladie. (*Union méd.*, juin 1861.)

Kamala. *Nouvelle observation de son emploi comme ténifuge.* Nous avons déjà fait connaître à nos lecteurs les propriétés ténifuges du *kamala*, substance résineuse du *rottlera tinctoria*, que les expériences faites jusque aujourd'hui placent à côté du soaria et du tazé, comme anthelmintique d'une grande efficacité. La *Gazette médicale de Strasbourg* publie la relation d'une nouvelle expérience faite par M. le docteur Aronssohn, et qui a eu un plein succès. Consulté par une femme âgée de soixante ans, qui portait un ténia dont elle rendait de temps à autre des fragments par les selles depuis une douzaine d'années, sans avoir jamais ingéré aucun vermifuge, M. Aronssohn lui prescrivit 10 grammes de poudre de kamala délayée dans de l'eau sucrée, après l'avoir astreinte à un jeûne absolu de vingt quatre heures. L'ingestion de ce médicament, dénué de toute saveur ou odeur, se fit sans aucune répugnance; deux heures après, des coliques assez vives amenèrent des selles diarrhéiques, qui se renouvelèrent assez souvent jusqu'au lendemain, sans que les matières rendues par l'anus continssent le moindre fragment de ténia. Il ordonna 30 grammes d'huile de ricin, et, peu après, les efforts de la défécation chassèrent un paquet formé par un ténia mesu-

rant 6 mètres de long : l'extrémité céphalique distincte par l'amincissement extrême des anneaux ne portait pas la tête de l'animal ; peut-être en avait-elle été détachée auparavant. M. Aronssohn ajoute que, depuis cette expulsion, la malade est débarrassée d'une foule de sensations pénibles qu'elle accusait souvent dans la région lombaire et abdominale. (*Gaz. méd. de Strasb.*, juin, 1861.)

Larves d'œstre *développées dans la peau d'un enfant*. Une petite fille âgée de trois ans, transférée à l'hôpital de Bavière, dans le service des enfants de M. le docteur Spring, pour une scarlatine dont elle fut guérie en quelques jours, présentait, en outre, au côté gauche de la tête, une bosse furonculaire qui fixa tout d'abord l'attention. Cette tumeur avait un aspect particulier, elle était pâle, empâtée, flasque, à bords diffus, avec une ouverture presque imperceptible dans son milieu. Une semblable tuméfaction, mais plus faible et dépourvue d'une ouverture centrale visible, existait au sommet de la tête. M. Spring fit appliquer des cataplasmes émollients sur l'une et l'autre de ces bosses. Deux jours après, une troisième bosse tendait à se développer à la région temporale droite. Le jour suivant, grande fut la surprise des assistants, lorsque, en soulevant le cataplasme, on vit sortir de la bosse furonculaire gauche une larve d'œstre assez grande et bien caractérisée. Le jour d'après on vit se former au sommet de la troisième bosse une ouverture à travers laquelle il se présenta également une larve. Il ne s'écoula, du reste, des tuméfactions furonculaires qu'un peu de sérosité épaisse, et elles s'affaissèrent promptement après la sortie de la larve. La petite malade quitta l'hôpital une quinzaine de jours après son entrée. Voici ce que des informations apprirent sur les circonstances dans lesquelles cette maladie parasitaire s'était développée. Au mois de mai de l'année précédente, l'enfant avait été envoyée chez les parents de sa mère, dans un village des environs de Saint-Vith en Prusse, où elle demeura pendant les quatre mois d'été, séjournant à l'étable de la ferme, et auprès du bétail en pâturage. Pendant tout son séjour à la campagne, elle souffrit de diarrhées et d'insomnies qui persistaient encore lorsqu'elle revint en ville. On remarqua enfin qu'elle se grattait constamment la peau, mais surtout celle de la tête. D'après l'examen qui fut fait de ces larves d'œstre, elles appartenaient à l'œstre du bœuf (*hypoderma bovis*). (*Monit. des sciences*, juin 1861.)

Maladies utérines (*Emploi de l'arsenic dans les*). Cette médication, qui a déjà été préconisée par M. Henry Hunt depuis assez longtemps, n'a pas été, croyons-nous, mise à l'épreuve en France d'une manière assez large et assez persévérante pour que nous nous regardions comme autorisés à prononcer sur sa valeur. Peut-être mériterait-elle d'être soumise à une expérimentation clinique sérieuse et approfondie ; certainement, du moins, les résultats publiés par l'auteur anglais que nous venons de citer, ceux que fait connaître un médecin américain, M. Arthur P. Burns, sont bien de nature à donner le désir d'en vérifier la valeur.

Le mémoire de M. H. Hunt (1838) témoigne, disent MM. Trousseau et Pidoux (t. I, p. 326, sixième édition), de l'extrême efficacité de la solution arsenicale de Fowler ou de l'acide arsénieux dans les ménorrhagies, à la suite des couches ou au moment de l'âge critique, et dans les métrites chroniques accompagnées de douleurs de reins. C'est dans des cas semblables que M. Burns se loue aussi des préparations arsenicales.

Ce médecin emploie depuis longtemps l'arsenic contre la ménorrhagie, la leucorrhée, les hémorrhagies qui précèdent l'avortement ou qui suivent l'accouchement, contre l'abondance excessive des lochies, etc., et, dit-il, il ne l'a jamais vu échouer, même dans les cas les plus rebelles. Dans la ménorrhagie, s'il est appelé au moment de la perte de sang, il donne immédiatement dix à vingt gouttes de solution de Fowler, suivant la gravité du cas, et il fait ensuite administrer dix gouttes de ce liquide toutes les quinze ou vingt minutes, jusqu'à ce que l'hémorrhagie ait cessé : cette préparation arsenicale doit être employée avec prudence, car elle pourrait suspendre complétement la sécrétion menstruelle. Il en prescrit cinq à dix gouttes trois fois par jour, pendant la période cataméniale, et dans l'intervalle trois à cinq gouttes trois fois par jour. Dans la leucorrhée, il fait prendre trois à cinq gouttes de liqueur de Fowler trois fois par jour, et il continue avec persévérance jusqu'à la guérison. Il prescrit quelquefois en même temps des injections, des appli

cations de vésicatoires sur le sacrum, etc., et, qu'il s'agisse de ménorrhagie ou de leucorrhée, des toniques, s'il y a une grande débilité.

« J'affirme, ajoute M. Burns, que j'ai pu continuer l'emploi de l'arsenic pendant plusieurs mois consécutifs sans déterminer le moindre accident. Je ne connais pas de médicament qui agisse d'une manière aussi efficace et aussi prompte dans les cas où une hémorrhagie fait craindre une fausse couche. L'arsenic semble suspendre à la fois les contractions utérines et la perte de sang. Je commence ordinairement par une dose de vingt gouttes, et je donne dix gouttes toutes les quinze ou vingt minutes, jusqu'à ce que l'hémorrhagie soit arrêtée. J'administre l'arsenic de la même manière et aux mêmes doses dans l'hémorrhagie qui se déclare après l'accouchement. Lorsque les lochies sont trop abondantes ou trop prolongées, la solution de Fowler, administrée à la dose de cinq à dix gouttes répétée trois fois par jour, et combinée avec une mixture tonique (teint. de quinq. comp., 90 gr.; teint. de cantharides, 8 gr.; M. 1 cuill. à café trois fois par jour), agit d'une manière aussi prompte qu'efficace. J'ai vu des cas qui avaient résisté à d'autres traitements, céder promptement à l'usage de l'arsenic. J'ignore quel est le *modus operandi* de ce métal dans les maladies dont nous nous occupons. Il paraît certain qu'il n'agit pas en déterminant les contractions de l'utérus; car il les suspend chez les femmes menacées d'avortement. Je le considère comme un hémostatique général d'une grande efficacité, bien que je n'aie pas eu encore l'occasion de l'expérimenter dans l'hémoptysie, etc. » (*Amer. journ. of med. sc. — Half yearly abstr.*, vol. 31; — *Ann. de littér. méd. étrangère*, 1861.)

Mutisme simulé *reconnu à l'aide de l'électricité.* Ce cas, que rapporte le docteur A. Hewson, est celui d'un jeune garçon de quatorze ans qui, admis à la maison de refuge de Philadelphie, simula le mutisme pendant neuf mois, quoique entouré d'autres enfants et de personnes qui s'appliquaient à découvrir son imposture. Pour divers motifs, le docteur Hewson, soupçonnant que cette infirmité n'était pas réelle, résolut d'essayer si, à l'aide de l'électricité, il ne pourrait pas parvenir à démasquer la simulation. En conséquence, il soumit ce jeune homme à l'action d'un fort courant induit au moyen d'un appareil électro-magnétique puissant, en se servant de conducteurs humides appliqués au niveau du larynx. L'enfant tint bon pendant au moins vingt minutes, bien qu'évidemment il ressentît une vive douleur; mais enfin, vaincu, il laissa échapper cette exclamation d'une voix étouffée : « Assez! » Il était parvenu à en imposer tellement aux directeurs de l'établissement, qu'ils restèrent d'abord convaincus que ce changement était dû à l'action du moyen employé, ou que c'était par le fait d'une illusion sous l'empire de laquelle il avait été jusque-là, que ce jeune garçon avait été dans l'impossibilité de parler. Mais, malheureusement pour ces explications, il avoua ensuite que c'était de propos délibéré qu'il avait feint d'être muet. (*Amer. journ. of med. sc.*, et *med. Times and gaz.*, mars 1861.)

Orchite *ulcéro-gangréneuse indolente.* Les auteurs ont décrit l'orchite parenchymateuse; mais il est une variété de cette maladie qui n'avait pas été décrite encore d'une manière spéciale, c'est celle dont M. Gosselin a observé un exemple à l'hôpital Beaujon et qu'il vient de faire connaître sous le nom d'*orchite ulcéro-gangréneuse-indolente.* Elle est caractérisée par des ulcérations spontanées du scrotum et de la tunique albuginée, une suppuration très-abondante et l'issue, pendant quelques jours, d'une notable quantité ou de la totalité des tubes séminifères. Voici en quelques mots l'histoire du malade qui a servi de texte à cette description :

Un homme est entré dans le mois de mai dernier à l'hôpital Beaujon pour être traité d'une épididymite blennorrhagique à droite. Au début, le testicule ne paraissait pas malade, la tunique vaginale contenait un peu de sérosité, l'épididyme était gonflé et modérément enflammé. Pendant vingt-cinq jours, le gonflement resta stationnaire, puis il diminua; la sérosité fut résorbée et la guérison semblait prochaine, lorsque M. Gosselin remarqua sur la partie antérieure du scrotum une petite tumeur molle, arrondie, rougeâtre, indolente. Quelque temps après, la partie la plus élevée de la tumeur était devenue blanche; elle s'ouvrit spontanément, et l'orifice, large à peine comme une petite lentille, ne laissa pas sortir de pus; on remarqua seulement une substance grise, mollasse, qui ne s'enlevait pas par un frottement léger. Cette ouverture s'agran-

dit peu a peu et laissa voir une étendue plus considérable de cette matière grise. Bientôt deux autres points noirs semblables se montrèrent à côté de cette ulcération; ils s'ulcérèrent à leur tour, et ces nouvelles ulcérations, en s'agrandissant, se réunirent à la première; de telle sorte qu'on eut, vers le quinzième jour environ, à la partie antérieure du scrotum, une solution de continuité large comme une pièce de 1 franc, par laquelle sortait une masse grosse comme l'extrémité du pouce, de matière molle, grise, qui n'était autre chose que la matière séminifère mortifiée. Un moment, M. Gosselin pensa que peut-être cette masse de tubes séminifères allait s'infiltrer de matière plastique et former avec celle-ci un fongus; mais il n'en fut rien, et l'on vit, au bout de quelques jours, la masse se détacher comme une escarre. La plaie résultant de cette élimination se cicatrisa promptement, et le malade guérit avec son testicule réduit à la tunique albuginée et à l'épididyme.

M. Gosselin a déjà noté sur d'autres malades l'ulcération et l'élimination de la substance séminifère, sans écoulement de pus, et c'est parce qu'il lui est arrivé de ponctionner des tumeurs de ce genre, sans voir rien s'écouler, qu'il a temporisé chez ce malade, voulant se donner à lui-même et à tous la certitude que, si la tunique albuginée se vidait, l'événement ne devait pas être attribué à l'opérateur. Là où il n'y a pas d'indication directe d'agir, qu'on sache du moins saisir l'indication de s'abstenir; c'est déjà là un précepte assez important en thérapeutique pour saisir l'occasion de le formuler. (*Gaz. des hôpit.*, juillet 1861.)

Stérilité (*De la*) *chez l'homme.* C'est presque toujours sur la femme que l'on fait peser la responsabilité de la stérilité, et cependant l'homme doit bien souvent en porter aussi sa part. Chez l'homme comme chez la femme l'absence de fécondation peut tenir à des causes mécaniques qui empêchent l'union des deux sexes, ou à des causes dynamiques. C'est de ce dernier ordre de causes seulement qu'il va s'agir ici, c'est-à-dire de la stérilité chez des hommes dont les organes sexuels sont parfaitement bien conformés d'ailleurs, et qui ont toute leur puissance virile. Voici quelques exemples de cette stérilité réunis par M. le docteur Hirtz, agrégé à la Faculté de médecine de Strasbourg.

Obs. I. B***, homme d'une constitution magnifique, d'une vigueur génitale peu commune, contracta dans sa jeunesse plusieurs gonorrhées très-rebelles; une, entre autres, qui fut suivie d'une épididymite très-intense, d'une durée de plusieurs semaines, fut traitée par les moyens ordinaires et laissa, comme à l'ordinaire, vers la queue de l'épididyme, un point d'engorgement comme un noyau de cerise. Il avait alors vingt ans. Il se maria à vingt cinq ans, c'est-à-dire cinq ans après sa dernière gonorrhée, et n'ayant jamais eu ni chancre ni symptôme secondaire. Sa femme est une blonde parfaitement constituée, et d'une famille où la fécondité est remarquable. Après plusieurs années d'un mariage stérile, et la femme ayant été plusieurs fois, sur l'avis des accoucheurs, envoyée aux eaux ferrugineuses, B*** alla consulter M. Hirtz : son sperme, examiné au microscope, ne contenait pas un seul zoosperme. Il n'eut jamais d'enfant.

Obs. II. Mme V***, mariée depuis cinq ans, se tourmentait, depuis la première année, sur sa stérilité, quoiqu'elle fût parfaitement conformée, et qu'elle eût tous les attributs extérieurs qui annoncent la femme féconde. Son mari, homme d'une taille ramassée, d'une vigueur peu commune, n'a jamais eu le moindre accident vénérien; il se vante de sa force prolifique, de ses prouesses conjugales, qui jamais ne le fatiguent, si fréquentes qu'elles puissent être. Son sperme fut examiné, il ne contenait pas la moindre trace de zoosperme. M. V*** fut soumis aux lotions froides, à l'électricité induite en portant une sonde sur la prostate, et l'autre conducteur sur le testicule; on lui administra l'huile phosphorée ; il se nourrit de truffes et de poissons pendant tout l'hiver. Aucun résultat ne fut obtenu.

Obs. III. M. Hirtz fut consulté vers la fin de l'été dernier par une jeune femme brune, magnifiquement développée, sans aucune obésité, ayant en un mot tous les attributs de la maternité : ni le toucher, ni le spéculum n'indiquaient la moindre anomalie dans ses organes génitaux. Le mari était un homme blond, petit, trapu, très-monté en couleur, et d'une forte constitution. Il se vantait de ses forces génitales et de sa vigueur maritale, qui lui permettaient de dépasser les limites imposées à la généralité des maris. Son sperme fut examiné; il ne contenait pas la moindre trace de zoo-

spermes. Le même traitement que ci-dessus fut prescrit, mais sans aucun résultat.

De ces trois faits, le premier seul a des antécédents, et rentre dans une loi pathologique connue, savoir l'influence d'une orchite blennorrhagique même d'un seul côté, et même après guérison complète, sur l'état des zoospermes, et conséquemment sur l'aptitude fécondante. Mais dans les deux autres faits, il n'a été possible d'attribuer la stérilité à aucune circonstance de ce genre, ni à aucune cause appréciable quelconque. Il faut donc les admettre comme des exemples de l'existence *primitive* ou *essentielle*, si l'on veut, de la stérilité. (*Rev. de thérap. médic. chirurg.*, juillet 1861.)

Trillium *contre la ménorrhagie.* Le trillium, connu jusqu'à présent seulement pour ses propriétés émétiques, jouirait, en outre, d'après M. le docteur Wheeler qui en a fait l'objet d'une étude particulière, d'un autre mode d'action, qui le rendrait très-utile pour arrêter les ménorrhagies. Le mode d'emploi consiste à faire prendre, chaque dix minutes, deux cuillerées à bouche d'une infusion de racine de trillium; quand l'hémorrhagie tend à cesser, on administre des doses moindres du médicament, et l'on met un plus long intervalle de temps entre chaque prise. Le docteur Wheeler a rapporté trois cas de succès de cette médication par le trillium.

La grande analogie de caractères botaniques et d'action attribuée à la parisette (*Paris quadrifolia*), qui figurait autrefois dans notre matière médicale, et qui croît si abondamment dans nos forêts, ajoute le journal auquel nous faisons cet emprunt, permet de supposer qu'on pourrait vraisemblablement essayer avec avantage l'emploi de notre plante indigène dans les cas où le trillium a réussi (*American med. monthly, etc.*, et *Gaz. hebdom. de méd. et de chir.*, juillet 1861.)

VARIÉTÉS.

Des mamelons artificiels (1).

Par M. le docteur J. Duval.

L'emploi du mamelon artificiel n'est malheureusement pas aussi facile qu'on pourrait le croire tout d'abord ; la difficulté vient du côté de l'enfant, et malgré la perfection que présentent maintenant la plupart des modèles, il est toujours difficile, quelquefois impossible, d'amener l'enfant à téter avec eux. Après un premier essai, l'enfant refuse de prendre le mamelon artificiel ou le quitte bien vite ; à quoi tient cette répugnance ? Si l'on peut reprocher à quelques-uns de ces appareils l'odeur un peu prononcée de la substance avec laquelle ils sont faits, ou d'autres fois la dureté de cette substance, il en est qui ne méritent aucun de ces reproches, et cependant les enfants ne les prennent pas plus volontiers. C'est que sans doute, quelle que soit la perfection que l'on a apportée à leur fabrication, au choix et à la préparation de la substance qui les constitue, l'enfant ne trouve pas en eux l'élasticité, la douceur, la mollesse, la douce chaleur même, qu'il trouve dans le mamelon de sa mère, et qu'il est rebuté par la sécheresse et la dureté du corps qu'il presse entre ses gencives. Sans doute aussi les efforts de succion qu'il est obligé d'exercer, efforts bien plus considérables que lorsqu'il tète avec le mamelon naturel, sans doute aussi ces efforts contribuent-ils à le rebuter.

Il est certain que l'enfant, en tétant avec le mamelon artificiel, tire moins de lait du sein de sa mère que s'il tétait avec le mamelon naturel, ou du moins qu'il lui faut beaucoup plus de temps et d'efforts pour arriver au même résul-

(1) Suite. — Voir la livraison précédente, p. 45.

tat. Deneux dit à ce sujet : « Leur usage exige des efforts de succion considérables pour beaucoup d'enfants qui, soit par faiblesse, soit par paresse, ne parviennent pas à faire sortir le lait ou ne l'obtiennent que très-lentement. Freteau a fait à ce sujet une observation qu'il sera utile de rappeler ici. Une femme, ne pouvant allaiter de la mamelle droite qu'à l'aide d'un bout de sein, l'enfant mettait toujours, pour vider cette mamelle, un temps double de celui qu'il lui fallait pour la mamelle gauche, sur laquelle s'exerçait directement la succion. » (P. 43.) Cela vient à l'appui de ce que j'ai dit en parlant du rôle que l'excitation du mamelon joue dans l'excrétion et la sécrétion du lait ; car ici la succion, l'action de faire le vide au devant du mamelon existe toujours, il n'y a que l'excitation de l'organe qui manque.

Cette répulsion de l'enfant pour le mamelon artificiel est la plus grande difficulté qu'on éprouve dans son emploi ; elle est quelquefois insurmontable, et on a cherché les moyens de la vaincre. Le meilleur moyen, pour engager et encourager l'enfant à prendre le mamelon artificiel, est de remplir celui-ci de lait chaud, avant de l'appliquer sur la mamelle ; dès les premières succions, le lait arrive facilement dans la bouche de l'enfant, qui s'y habitue ainsi peu à peu. Si, malgré cela, on éprouvait encore des difficultés, il faudrait, d'après M. Trousseau (cité par Deluze, Thèse), faire jeûner l'enfant, et lui présenter ensuite le mamelon artificiel rempli de lait chaud. On reste quelquefois plus de quinze jours pour habituer l'enfant à cela, ajoute-t-il; mais, si l'on tient ferme, il finit par téter. On voit donc combien cela est parfois difficile.

J'ai vu quelquefois les difficultés venir de la mère. Ainsi, très-souvent, à la clinique de Strasbourg, j'ai vu des mères ne se servir qu'avec une sorte de répugnance du mamelon artificiel ; d'autres même préféraient souffrir et donner à l'enfant leur mamelon ulcéré. Faut-il attribuer cela à cette sensation agréable qu'une mère, même au milieu des douleurs, éprouve toujours en sentant son enfant tirer sa nourriture de son sein, sensation dont elles sont alors privées ? Est ce par suite d'un préjugé ? Quoi qu'il en soit, ce n'est pas là en général une difficulté sérieuse, et quelques paroles raisonnables du médecin la font bientôt disparaître.

On a fait aux mamelons artificiels le reproche de déterminer le muguet ou des aphthes chez les enfants; mais il est certain qu'ils le produisent moins souvent qu'un mamelon ulcéré ou trop court, et sur lequel l'enfant s'épuise en efforts de succion.

Il existe maintenant un nombre considérable de mamelons artificiels ; leur différence essentielle ne porte que sur la partie destinée à être saisie par l'enfant. Le godet est d'une moindre importance. « On peut employer pour sa fabrication des substances bien différentes ; le bois réunit toutes les conditions désirables ; cependant l'or, l'argent, l'ivoire, l'écaille, la corne, etc., peuvent également servir; et à cet égard nous ne voyons d'autre préférence à accorder que celle qui plaît aux femmes qui doivent s'en servir. Toute espèce de matière non susceptible de s'affaisser peut être employée. » (Deneux, p. 41.)

Je dirai quelques mots des mamelons artificiels les plus répandus, de leur emploi, des avantages et des inconvénients de chacun d'eux. Ils sont en tétine de vache, en liége, en ivoire flexible et ramolli, ou en caoutchouc.

Tétine de vache. — On trouve dans le mémoire de Deneux (p. 19-31) un historique complet de l'emploi de la tétine de vache comme mamelon artificiel ; voici le résumé des recherches auxquelles s'est livré à ce sujet ce savant auteur.

La tétine de vache a été employée :

A l'état naturel, par Musitanus (1709), Arnaud (1714), Macquart (1783), Rosen de Rosenstein (1780) ;

Préparée par un procédé non décrit, par Thouret (1758), Marin (1803), Salgues, Clament, Burns, Hamilton, etc., etc.;

A l'état sec : 1° chamoisée, par Milot (1803 et 1809); 2° parcheminée, par Morel, de Colmar (1804); 3° tannée, par Fiebing (1803); 4° simplement desséchée, par Bompard (1818); enfin conservée dans l'esprit de-vin, par Desgranges, de Lyon (1807); Frêteau, de Nantes (1812); Gardien (1816).

La tétine de vache était usitée depuis très-longtemps en Russie, pour faire des mamelons artificiels, et au commencement de ce siècle, elle était fort employée dans les départements de l'est de la France; maintenant encore on s'en sert beaucoup dans les campagnes de l'Alsace et de l'Allemagne. Il y a quelques années à peine, M. Morel, professeur d'accouchements à Colmar, enseignait encore tous les ans, aux sages-femmes qu'il était chargé d'instruire, la manière de préparer les mamelons en tétine de vache. La facilité de se procurer des tétines de vache, surtout dans ces pays, et la forme naturelle de cette partie, expliquent facilement ce choix.

En Russie, on fait dégorger la tétine pendant quelques heures dans de l'eau; on la débarrasse ensuite de la graisse qui la tapisse intérieurement; on la fait dégorger de nouveau, et on la plonge pendant trente heures dans une forte solution de sel marin.

Dans les campagnes de l'Allemagne, le procédé est beaucoup plus simple. Voici ce qu'en dit lui-même Scanzoni : « Nous nous servons ordinairement du bout d'une tétine de vache, d'environ 6 centimètres de longueur ; on la creuse à l'intérieur, puis on la coud sur un anneau de caoutchouc ou de cuir. Cet anneau est placé sur le sein de façon que le mamelon se trouve dans l'excavation de la tétine; la succion se fait parfaitement bien. » (P. 512.) On fait de même dans les campagnes de l'Alsace, où les femmes n'emploient guère d'autre mamelon artificiel.

Mais ces tétines, ainsi préparées, ne peuvent pas servir longtemps, et on est obligé de les renouveler très-souvent, tous les deux ou trois jours au moins.

Mme Breton (1820), M. Perrochel (1828) et M. Paque (1833), ont perfectionné la préparation des tétines de façon à les rendre plus durables. Voici comment les prépare M. Perrochel : il fait dégorger les mamelles de vache dans l'eau, puis les plonge pendant quinze jours dans un lait de chaux très consistant; après quoi il lave les mamelles, en gratte l'épiderme, les ponce à l'eau des deux côtés, les monte sur un cône de bois blanc muni à son sommet d'un fil de fer, et les laisse sécher. Avant la complète dessiccation, il polit le mamelon avec de la peau de chien à moitié usée; après quoi il les monte sur un godet en bois. (*Archives de médecine*, 1828, p. 451.)

M. Paque ajoute à la chaux, recommandée par M. Perrochel, un corps capable de neutraliser en partie la causticité de cette substance (Deneux, p. 31).

Je ne sais comment les prépare Mme Breton. Soit que les siens vaillent mieux, soit toute autre raison, le monopole presque exclusif de mamelons en tétine de vache est resté à Mme Breton, et on ne trouve plus que les siens dans le commerce. C'est donc à ces derniers que s'applique ce que je vais en dire.

Le mamelon artificiel en tétine de vache est sec, dur, roide, parcheminé; pour s'en servir, il faut le faire tremper plusieurs heures à l'avance (au moins quatre ou cinq heures) dans de l'eau *fraîche* et très-propre. On prend pour

cela un vase à ouverture peu large, un verre à pied, par exemple; on le remplit d'eau, et on y fait plonger la tétine, le godet reposant sur les bords du verre.

Lorsque l'enfant a fini de téter, et qu'on a enlevé l'appareil, il faut avoir soin de bien exprimer la tétine pour qu'il n'y reste pas de lait; après quoi on la lave et on l'essuie soigneusement. Si l'on était ensuite longtemps sans s'en servir et qu'elle fût sèche, on la mettrait dans l'eau fraîche le temps nécessaire pour la ramollir; mais il ne faut en aucun cas se servir d'eau chaude pour la faire tremper ou la laver.

En observant ces soins de propreté essentiels, on a un mamelon toujours souple, inodore, que l'enfant prend sans trop de répugnance, et qui peut se conserver assez longtemps.

A la clinique d'accouchements et à la Maternité de Strasbourg, on ne se sert que de ces mamelons artificiels, et je les ai vus fonctionner assez bien. On a le soin, dans ces établissements, de les maintenir constamment dans de l'eau fraîche, une fois qu'ils ont commencé à servir; dans l'intervalle de chaque tétée, on plonge le mamelon dans l'eau et on l'y laisse, en ayant soin de renouveler cette eau très-fréquemment. Cela vaut mieux, je crois, que de laisser la tétine se dessècher pour la ramollir ensuite.

Quelques praticiens de Strasbourg m'ont dit qu'ils s'étaient bien trouvés, pour la conservation du mamelon en tétine, de l'addition de quelques gouttes d'alcool à l'eau dans laquelle on les fait tremper. Mais, en admettant que cela les conservât un peu plus longtemps, l'enfant les prend encore plus difficilement alors, à cause de l'odeur alcoolique; et ce n'est pas un avantage réel.

Les mamelons en tétine de vache ne sont pas sans inconvénients. Un des principaux est la facilité avec laquelle ils se corrompent et acquièrent une mauvaise odeur. Quels que soient les soins de propreté que l'on prenne, il est rare qu'on puisse s'en servir en moyenne plus de huit à dix jours. Le remède à cet inconvénient est bien simple : il consiste à changer la tétine; mais cela devient alors très-dispendieux.

Un autre inconvénient, auquel il est moins facile de remédier, dépend de leur nature même. Le mamelon en tétine est entièrement creux et à parois minces, de sorte que, lorsqu'il est ramolli, ce qui est indispensable pour qu'il puisse servir, ses parois s'affaissent sous la pression des lèvres et des gencives de l'enfant, et pour peu que celui-ci morde un peu fort, la sortie du lait est interrompue. Cet inconvénient est assez grave.

C'est surtout à ces mamelons qu'on a reproché de déterminer des affections de la muqueuse buccale chez l'enfant, et cela à cause de leur nature animale, et du commencement de décomposition et de fermentation qui se fait quelquefois en eux, sans qu'on s'en aperçoive; mais, en les tenant très-propres et en les renouvelant souvent, on évite tout à fait cela. *(La fin au prochain numéro.)*

De la conduite du médecin dans les cas d'empoisonnement.

Le médecin qui assiste à un empoisonnement et qui le reconnaît, doit-il se borner à l'étudier au point de vue scientifique, tout en cherchant à le combattre de son mieux, et n'a-t-il pas un autre devoir à remplir? C'est là une grave question de déontologie médicale que M. Tardieu a abordée dans la première leçon du cours de médecine légale qu'il professe à la Faculté de médecine.

Ce fait d'empoisonnement, qui vient ainsi à la connaissance du médecin dans

l'exercice de sa profession, est-il de ceux sur lesquels il doit garder un secret inviolable, ou doit-il au contraire le révéler à la justice? En cela comme en beaucoup d'autres circonstances professionnelles, le mieux à faire est de suivre les inspirations de sa conscience. C'est avec un véritable plaisir que nous avons vu les jeunes auditeurs de M. Tardieu donner leur approbation à la ligne de conduite tracée par Lamennais dans la lettre suivante :

A Monsieur le docteur Pienquin, *à Montpellier.*

« Vous me faites l'honneur, Monsieur, de me demander mon avis sur cette question. *Un médecin appelé auprès d'un malade reconnaît qu'il a été empoisonné; est-il dans l'obligation morale de déclarer son opinion très-bien fondée à l'autorité compétente?*

« Il n'est point douteux qu'en beaucoup de cas un simple particulier n'est pas obligé de révéler à l'autorité publique un crime dont il a la connaissance même certaine, et quelquefois même la charité peut lui faire un devoir du silence. Mais en est-il ainsi du médecin? Ne se trouve-t-il pas, au contraire, dans une position essentiellement différente? Un médecin est un homme public. Il a envers la société des devoirs particuliers qui résultent de ses fonctions mêmes; il doit l'avertir des crimes que lui seul est en état de découvrir et de constater. Sans quoi, ces crimes, qui sont toujours au rang des plus énormes, ne pourraient être connus que par des circonstances extraordinaires et à présent surtout que l'art des empoisonnements a fait des progrès si funestes, à présent que le crime semble s'être réfugié dans le sein de la famille, la vie des hommes ne serait plus en sûreté. Le confesseur est tenu au secret par des motifs d'un ordre à part. Presque toujours c'est le coupable qui s'adresse à lui. Il n'est en rapport qu'avec la conscience; c'est un sanctuaire dont il ne sort pas. Mais le médecin qui aperçoit ce qu'on ne lui déclare pas, ce qu'on voudrait plutôt lui cacher, a deux devoirs à remplir : l'un envers le malade qui réclame ses soins, l'autre envers la société dont il est en cette occasion le ministre; et si, comme il n'est pas douteux, il doit avertir le magistrat lorsqu'une maladie présente à ses yeux des signes alarmants de contagion, combien n'est-il pas plus obligé de révéler ce qui menace non-seulement la vie de quelques hommes, mais celle même de la société?

« Voilà, Monsieur, mon sentiment, que je soumets de tout mon cœur, etc., etc.

Signé : Lamennais. »

Tout en admettant sans réserve la nécessité de se conformer à ces recommandations, on ne peut cependant pas s'empêcher de faire remarquer que s'il croit avoir à faire spontanément une semblable déclaration à la justice, le médecin doit avant tout agir avec une extrême prudence et une excessive circonspection. Ce n'est pas quand de simples doutes surgissent dans son esprit qu'il peut les révéler; il faut que ces doutes se soient transformés en une conviction profonde, arrêtée, et qu'il y ait même pour lui déjà un commencement de certitude.

Quant à la certitude absolue, celle qui lui permettra d'affirmer sans restriction aucune la réalité de l'empoisonnement, il est bien entendu que ce n'est pas par l'analyse seule des symptômes, pas plus que par les expériences chimiques seules, qu'il l'obtiendra; il lui faut pour cela les trois ordres de preuves tirées de la symptomatologie, de la nécropsie et de l'analyse chimique. (*Union méd.*)

M. le docteur Hirtz, professeur agrégé à la Faculté de Strasbourg, vient d'être nommé professeur titulaire de la chaire de pathologie et de chimie médicales vacante dans cette Faculté. Sont également nommés : M. Schlagdenhauffen, docteur ès sciences physiques, professeur adjoint de toxicologie et de physique, à l'École supérieure de pharmacie de Strasbourg ; M. Jacquemin, docteur ès sciences physiques, professeur adjoint de chimie à la même École ; M. Morière, docteur ès sciences naturelles, professeur titulaire de la chaire de botanique, minéralogie et géologie, à la Faculté des sciences de Caen.

MM. Lecocq, Gautier, Montgrand, Japhet, Leclerc, chirurgiens de première classe, viennent d'être promus chirurgiens principaux de la marine.

La première série des épreuves du concours pour trois places de médecins au Bureau central est terminée ; sont admis à subir les épreuves de la deuxième série : MM. Archambault, Barnier, Blachez, Chauffard, Labat, Laboulbène, Maingault, Peter, Second-Féréol et Vidal.

MM. Armieux et Lelorrain, médecins-majors, ont été nommés chevaliers de la Légion d'honneur.

La Société de médecine de Caen propose pour sujet de prix la question suivante : « État actuel de la thérapeutique ; ses progrès depuis vingt-cinq ans. » Les Mémoires devront être adressés, suivant la forme académique, au plus tard au 31 décembre 1862, au secrétariat de la Société, hôtel du Pavillon.

Le Conseil municipal d'Amiens vient de décider qu'une inscription serait placée sur la maison de la rue Saint-Remy où est né, le 1er janvier 1774, M. Duméril, et qu'une rue, qui doit être prochainement ouverte au centre de la ville, porterait son nom.

La Société de prévoyance et de secours mutuels des médecins du Piémont possède, au bout de vingt et un ans d'existence, un capital inaliénable de 82,779 francs. Elle a, l'année dernière, distribué en secours, soit à ses membres, soit à des médecins étrangers, la somme de 4,330 francs.

L'inauguration de la statue du baron Thénard a eu lieu samedi dernier à Sens, en présence des députations des corps savants, venues de Paris pour assister à cette cérémonie, et des autorités de la ville et du département. Cette solennité était présidée par M. Dumas, chargé de représenter le ministre de l'instruction publique. On remarquait parmi les membres de la députation parisienne, MM. Serret, Bertrand et Péligot, représentant l'Académie des sciences ; MM. Cl. Bernard, Stanislas Julien et Balard, représentant le Collége de France ; MM. Lefébure de Fourcy et Hébert, représentant la Faculté des sciences de Paris ; MM. Pasteur, directeur des études scientifiques ; Delesse et Lissajoux, représentant l'École normale ; MM. Lecanu et Boudet, représentant l'École de pharmacie. Des discours ont été prononcés par M. Dumas, par M. Arsène Houssaye, au nom du ministre d'État, et par MM. Javal, Balard, Stanislas Julien, Hébert, Pasteur, Lecanu et Boudet.

Pour les articles non signés, E. DEBOUT.

THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE.

Recherches sur l'emploi du nitrate d'argent dans la dyssenterie aiguë.

Par M. le docteur Duclos (de Tours), médecin de l'hôpital Saint-Gatien.

Il y a déjà plus de douze années, j'ai publié dans le *Bulletin de Thérapeutique* (t. XXXVI, p. 241 et 345, mars et avril 1849), un long mémoire reproduit par quelques autres feuilles médicales, sur l'emploi du nitrate d'argent dans les phlegmasies intestinales de la première enfance. Afin de donner plus d'ensemble à mon travail, j'avais compris sous cette dénomination la dyssenterie elle-même, bien qu'elle constitue une espèce pathologique à part, une maladie spéciale, une entité morbide aussi distincte de la simple entérite que le zôna l'est de l'érysipèle, ou que la diphthérite l'est de la simple angine catarrhale. Une observation de remarquable guérison de dyssenterie chez un adulte avait même trouvé sa place dans ce mémoire.

Depuis ce moment, je m'étais constamment promis de ne pas négliger l'occasion d'appliquer aux dyssenteries la médication par le nitrate d'argent, et comme presque tous les ans le mois de septembre ramène à Tours cette cruelle maladie, je savais bien que l'occasion ne me manquerait pas de faire une expérimentation à la fois très-sérieuse et très-complète.

C'est précisément le résultat de ces expériences, de ces recherches faites avec soin, que je veux exposer aujourd'hui. Je me propose de faire connaître cette médication si généralement ignorée, d'en dire les effets, d'en déterminer les conditions.

Je me sers du mot médication, et je le fais à dessein. Le médicament n'a d'autre valeur, en effet, que celle du médecin qui le prescrit. Tout le monde use de la quinine, de la belladone, de la digitale, du mercure. Tous ces remèdes guérissent dans les mains de l'un, ils échouent dans les mains de l'autre. Ce n'est pas le médicament qui est insuffisant, c'est le médecin. Le médicament vaut ce que vaut la main qui l'administre, comme en chirurgie, comme dans les arts, l'instrument, si parfait qu'il soit, vaut ce que vaut la main qui le conduit ou qui en use.

Bien des motifs me conduisaient à recourir au nitrate d'argent dans la dyssenterie, et dès le début de la maladie. Leur exposition ne sera certainement pas la page la moins intéressante de ce petit travail.

Tous les praticiens savent combien est en général puissante la médication topique, celle dans laquelle, au lieu de demander, soit à des actions éloignées, soit à des influences indirectes qui nécessitent l'intervention de la circulation générale, les effets thérapeutiques, on peut appliquer directement le remède sur la partie ou sur l'organe malade. La vraie cause des succès de la chirurgie n'est point ailleurs.

Cette idée m'avait toujours vivement frappé, et d'ailleurs j'avais toujours présents à l'esprit les grands enseignements de mes deux premiers et illustres maîtres, Bretonneau et le professeur Trousseau.

Or, plus j'observais la dyssenterie et plus je voyais la possibilité d'attaquer le mal, et de l'attaquer dès son début, par une médication topique, sauf à déterminer le choix de cette médication.

Tout, en effet, concourait à me démontrer que la dyssenterie débute toujours par la partie la plus inférieure du gros intestin. Les symptômes observés dès le commencement de la maladie, la marche de l'affection, les recherches d'anatomie pathologique, sont à cet égard d'une parfaite unanimité.

Or, je me disais : S'il est vrai que la dyssenterie a pour point de départ le rectum, si elle ne gagne que plus tard les parties plus élevées de l'intestin, il doit être possible, en l'attaquant dès le début par une médication convenable, de l'enrayer quelquefois, de l'arrêter sur place, de prévenir ainsi son extension, et tout au moins, dans les cas malheureux, de la modifier profondément.

D'ailleurs, je savais bien que la médication devait être encore puissante, même dans les cas où le médicament n'atteindrait pas toute l'étendue de la lésion, et je le savais, parce que la guérison est, comme la maladie, contagieuse de proche en proche. L'observation ne démontre-t-elle pas, en effet, qu'en traitant l'angle de l'œil dans certaines ophthalmies, on guérit en même temps toute la membrane muqueuse oculaire ; qu'on obtient le même résultat en portant dans certains cas le médicament sur la membrane pituitaire malade ; qu'enfin il en est de même pour certaines angines, et à un très-haut degré pour les affections de la peau ?

La médication topique était donc possible ici, et elle devait avoir d'autant plus d'influence qu'on y aurait recours à une époque plus rapprochée du début de la maladie.

Ce principe une fois bien établi, il restait à déterminer le choix de l'agent médicamenteux.

Or, bien des considérations avaient ici une grande valeur.

Porter sur la partie malade un liquide simplement calmant, mucilagineux, le pavot, la guimauve, le laudanum, en présence d'une affection aussi grave et souvent aussi rapidement grave que la dyssenterie, me paraissait d'une parfaite et déplorable nullité. Ce n'est pas ainsi qu'on enraye ou qu'on modifie une phlegmasie aussi envahissante, pas plus qu'on n'arrête avec le collyre à l'eau de roses une ophthalmie purulente, ou avec le gargarisme à l'eau de guimauve une diphthérie pharyngienne. Ce sont là des moyens à l'usage des maladies qui guérissent seules.

Quelque chose de plus était nécessaire ici, et en l'absence d'un agent médicamenteux spécifique, à l'instar du quinquina ou du mercure, la médication substitutive devenait la seule praticable.

Le problème à résoudre devenait donc celui-ci : étant donné une phlegmasie de mauvaise nature, spéciale, la dyssenterie, l'attaquer par l'agent substitutif le plus convenable.

Or, en passant en revue un grand nombre de faits thérapeutiques qui se sont multipliés au point de ne pouvoir aujourd'hui être ignorés de personne, voici ce que j'observais.

L'ophthalmie purulente est habituellement enrayée lorsque dès son début on lui oppose le collyre au nitrate d'argent, et mieux encore lorsqu'on passe sur toute la surface de la conjonctive palpébrale et oculaire un crayon de nitrate d'argent. On ne voit jamais aucun accident qui soit réellement du fait de la médication.

Qu'une éruption aphtheuse se produise dans la bouche, que le muguet survienne chez de très-jeunes enfants, et on n'hésite pas à recourir à cette même médication, incontestablement la plus facile et la plus certaine dans ses résultats.

L'angine herpétique, ou même catarrhale la plus simple, est souvent attaquée par la cautérisation au nitrate d'argent, soit que le médecin le fasse sciemment, en connaissance de cause, soit qu'il commette l'erreur de la confondre avec l'angine diphthérique. Si aiguë que soit la phlegmasie pharyngée, l'action du nitrate ne lui est jamais offensive.

Fréquemment, à la suite de la trachéotomie, on porte dans la trachée et dans les bronches, déjà envahies ou non par la pellicule diphthérique, un écouvillon imbibé d'une solution nitrique d'argent.

J'ai vu un grand nombre de fois le professeur Trousseau, dans les cas d'entérite simple chez les très-jeunes enfants, administrer le nitrate d'argent en potions et en lavements, et en obtenir les plus heureux résultats, dès le début de la maladie. Je l'ai fait, et que de praticiens l'ont fait comme moi !

J'avais vu Bretonneau, et d'autres comme lui, porter une solution nitrique d'argent faiblement titrée, dans la vessie, même dans la période aiguë de la phlegmasie du col, et cela à titre substitutif.

Les expériences de Ricord sur la médication abortive de la blennorrhagie par les injections de nitrate d'argent avaient aussi une grande signification. J'avais vu cet homme éminent, si prudent dans ses hardiesses, porter sur la membrane muqueuse urétrale, dès le début de la phlegmasie la plus aiguë, des injections contenant une forte proportion du sel d'argent. Dans les cas même où le résultat n'était pas obtenu complet, le mal était modifié, et si l'injection avait été convenablement faite, elle était au moins d'une parfaite innocuité.

Enfin, les lavements au nitrate d'argent portés déjà depuis longtemps dans le rectum, dans les cas de dyssenterie chronique, m'avaient appris la possibilité de laver la muqueuse du gros intestin avec une solution azotique d'argent.

Tous ces faits rapidement résumés ici, et qui ne font qu'en confirmer beaucoup d'autres, avaient vraiment une grande signification, et je me disais :

Si l'on ne craint pas de porter, dès le début des phlegmasies, le nitrate d'argent dans des parties aussi impatientes que l'œil, que les bronches, que la gorge, que la vessie, que l'urètre, comment hésite-t-on à le porter dans l'organe le plus patient de tous, celui qui accepte le mieux, dans le rectum ? C'est vraiment une inconséquence prodigieuse.

De plus, dans l'œil, le voisinage de la cornée transparente, à la gorge celui des replis aryténo-épiglottiques, dans l'urètre le rétrécissement inévitable à l'occasion du moindre gonflement de la membrane muqueuse, pouvaient faire craindre l'emploi du nitrate. Mais quoi de pareil dans le rectum ? Un gonflement de la membrane muqueuse, en supposant qu'il se produisît, aurait pu passer inaperçu et du médecin et du malade.

Je m'arrêtai donc au nitrate d'argent, et je me promis de l'employer dès le début de la dyssenterie aiguë, en quelque sorte comme moyen abortif, ou, pour dire plus vrai, comme moyen puissamment modificateur. Et cependant, tellement est grande ma curiosité en thérapeutique, je ne m'arrêtai pas au nitrate d'argent, sans avoir tout d'abord tâté deux autres moyens d'un mode d'action analogue, à savoir : le sulfate de zinc et le sulfate de cuivre. Ces deux moyens n'offrent ni plus ni moins de danger que le nitrate : on a seulement, avec moins de puissance, moins de certitude d'action.

Maintenant, exposons rapidement la médication dans tout son ensemble et ses détails.

La médication est ici essentiellement topique et substitutive. Dans ces deux mots, se trouvent résumées toutes les conditions de son emploi.

Il faut que le remède soit porté sur le mal.

Il faut de plus un simple lavement, ou pour mieux dire un simple lavage, un véritable gargarisme intestinal.

Ces deux conditions établies, voici comment je procède :

Dès le début de la dyssenterie, un léger laxatif, et de préférence, soit 10 centigrammes de calomel, soit 15 grammes de sel de Sedlitz, moyen qui a pour but de déblayer l'intestin, et de ne pas laisser incessamment des matières fécales venir tapisser d'une manière offensive la surface malade.

Puis, simple lavement mucilagineux avec la décoction de guimauve ou de pavot, un lavage.

Quand le laxatif a été rendu, ainsi que le lavement mucilagineux, on fait administrer un lavement composé comme il suit :

Eau distillée..........................	150 grammes.
Nitrate d'argent cristallisé..............	25 centigrammes.

avec, au besoin, laudanum de Sydenham, 10 gouttes, dans un flacon de verre coloré, afin d'éviter l'action décomposante de la lumière sur le nitrate.

Le laudanum n'est ajouté que s'il y a absolue impossibilité de garder le lavement quelques instants.

On se sert, pour donner le lavement, soit de la seringue ordinaire, en étain, l'instrument classique et vulgaire, soit du clysopompe, soit de l'irrigateur, et on se garde bien de se préoccuper des décompositions dont les praticiens, plus chimistes que cliniciens, s'inquiètent inopportunément.

Le lavement est pris, gardé de quatre à dix minutes, puis rendu, et comme on l'a donné aussitôt après une évacuation, soit spontanée, soit produite par un lavement mucilagineux, on est bien certain que le sel d'argent a été en contact direct pendant tout le temps avec la surface malade.

On donne ainsi un lavement le matin, et un le soir; j'en ai même donné trois en vingt-quatre heures.

On continue ainsi pendant plusieurs jours, en remplissant une double indication. La première, d'éviter une grande constipation, qui est le fait habituel de la dyssenterie véritable; la seconde, de

donner le lavement immédiatement après qu'une évacuation dyssentérique a nettoyé la dernière portion de l'intestin.

Cette constipation est un fait bien réel. Le dyssentérique rend bien, en effet, des matières glaireuses, sanguinolentes, des débris de la membrane muqueuse du gros intestin ; mais, en général, les véritables matières fécales ne sont pas rendues. Elles stationnent, non sans grand inconvénient, soit dans le petit intestin, soit dans le commencement du gros intestin.

Ces deux indications principales à remplir dominent toute la thérapeutique de la dyssenterie, dans la médication qui fait l'objet de ce travail. Le reste leur est en général surbordonné, et varie suivant la marche que prend la maladie.

Or, voici ce que l'on observe communément :

En général, les selles sont rapidement modifiées, en tant que fréquence et que composition. Le plus souvent, dès le quatrième ou cinquième lavement, elles deviennent moins rapprochées, moins fréquentes. Le plus souvent aussi, elles deviennent moins sanguinolentes et moins glaireuses.

Le ténesme diminue aussi avec une assez grande rapidité. L'évacuation glaireuse, ensanglantée, se fait avec moins d'efforts, et surtout des efforts moins prolongés.

Enfin, la douleur que la pression détermine dans la partie la plus inférieure du flanc gauche, est également moins vive.

On comprend que je parle ici, seulement des cas heureux. La médication ne guérit pas toujours, et dans les cas où elle échoue, tous les mauvais symptômes continuent de se produire, et de faire craindre, avec l'échec de la médication, une terminaison funeste.

On comprend aussi combien variera cette formule que j'ai donnée, non-seulement suivant l'âge, la disposition individuelle, le moment de la maladie, mais surtout suivant la manière dont les premiers lavements au nitrate auront influencé l'intestin. A cet égard, aucune règle générale ne peut être établie. C'est là que le médecin fait preuve ou non de tact, de véritable art.

A mesure que la maladie marche, la dose des lavements, leur quantité, leur fréquence sont modifiées suivant le résultat obtenu, et de plus, chaque épiphénomène qui peut se produire même en dehors de toute prévision, réclame son moyen particulier. Ce qu'on peut dire d'une manière très-générale, c'est que les lavements au nitrate doivent être continués tant que les selles contiennent encore de l'exsudation sanguine, et tant qu'il y a beaucoup de ténesme.

En général, le lavement au nitrate est bien accepté par le gros

intestin. Il ne produit pas de douleurs, pas de contractions. Je ne l'ai jamais vu déterminer d'accidents présentant même la moindre apparence de gravité.

Il était impossible cependant de ne pas se demander si on ne rencontrerait pas quelque contre-indication à l'emploi de ce traitement. Or, les contre-indications, si elles existaient, devaient être relatives, soit à la forme particulière de la maladie, soit à l'âge du malade, soit à l'état général, soit enfin à quelque condition locale particulière. Mon attention a donc été fixée sur tous ces points. J'y ai regardé de près, et voici ce que j'ai vu :

La forme particulière de la dyssenterie n'a jamais été un obstacle à l'administration du nitrate d'argent. On obtenait le même avantage dans la forme hémorrhagique, dans la forme franchement inflammatoire, enfin dans la forme rapidement ulcéreuse. Les praticiens qui observent souvent des épidémies dyssentériques, et on sait que certaines localités ont ce triste privilége, savent combien fréquemment les épidémies affectent plus particulièrement l'une de ces formes. L'expérience est donc facile à faire, et vraiment il ne m'a jamais semblé qu'elle donnât des résultats différents, suivant la forme de la maladie.

Quant à l'âge, voici ce que je puis dire : J'ai administré le nitrate d'argent chez les dyssentériques de tout âge, et je l'ai fait avec le même avantage. Mes premières expériences ont même trait à des dyssenteries chez de très-jeunes enfants, ainsi que j'en ai rapporté un remarquable exemple. Plus tard des adultes, plus tard encore des vieillards ont été soumis à la même médication. Il est pourtant vrai de dire, qu'en général le traitement donne chez le vieillard des résultats moins satisfaisants. Cette circonstance ne tient pas à l'agent médicamenteux employé. Elle est due à ce fait d'observation générale que, toutes choses égales d'ailleurs, la dyssenterie a plus de gravité chez le vieillard que chez l'adulte. Dans la première enfance, les résultats favorables s'obtiennent quelquefois avec une remarquable rapidité. Il m'est plusieurs fois arrivé de voir une dyssenterie s'arrêter complétement, après quelques jours de l'administration de lavements au nitrate d'argent employés dès le début de la maladie.

Ces deux points bien établis, j'ai dû me préoccuper de la question de savoir si l'état général du malade ne devait pas être quelquefois une contre-indication à l'emploi du nitrate d'argent.

Voici ce que l'expérience m'a appris :

On peut administrer les lavements au nitrate d'argent dès le début

de la maladie, aussi bien quand il existe une réaction fébrile, générale, manifeste, que dans les cas où l'adynamie, la prostration surviennent de prime abord. Le nitrate d'argent est un médicament topique, essentiellement et exclusivement topique. Il est destiné à produire un effet local, à modifier la lésion, et non la maladie, deux conditions dont tout praticien, je l'espère, comprend et saisit la différence. Son application est donc toujours indiquée tant que la lésion existe, et indépendamment de toute considération de l'état général qui peut exiger sa médication particulière. C'est exactement ce qui se passe dans les anthrax, dans les affections charbonneuses, où l'état général peut bien exiger tel ou tel médicament particulier, mais où l'état local, la lésion anatomique réclame toujours également un traitement local. Et il est d'ailleurs vrai d'ajouter, que le plus souvent cet état général donne la mesure à peu près exacte de l'état local, et que rarement on modifie utilement la lésion locale sans influencer en bien l'état général.

J'ajouterai enfin, qu'il ne m'est pas arrivé de rencontrer dans une altération, soit de l'anus, soit du rectum, une contre-indication sérieuse à l'emploi du nitrate d'argent en lavements. Quelquefois seulement une trop grande susceptibilité de l'anus ou du rectum obligeait à modifier la formule. Tout se réduisait alors, ou à une diminution dans la dose du sel d'argent, ou à l'addition d'une quantité plus ou moins grande de laudanum de Sydenham, pour en faciliter la tolérance.

Les réflexions qui précédent suffisent, je crois, à démontrer combien peu de contre-indications se présentent à l'emploi du nitrate d'argent, dès le début de la dyssenterie aiguë, de manière à constituer une médication énergiquement substitutive, et dans quelques cas même presque abortive; elles prouvent aussi combien je tenais à ne négliger aucun des éléments de cette étude.

J'ai administré un grand nombre de fois le nitrate d'argent dans la dyssenterie aiguë. Parmi les faits très-nombreux que j'ai observés, je raconterai seulement ceux dans lesquels la maladie m'a semblé présenter plus de gravité d'une part, et d'autre part la médication manifester une puissance plus incontestable. Mais, je le répète, chacune des observations qui vont suivre ne sera que la fidèle et exacte répétition, au moins dans ses parties essentielles, de plusieurs autres faits absolument semblables.

Obs. I. *Dyssenterie hémorrhagique grave, chez un adulte.* — Ch. D***, âgé d'environ trente ans, domicilié place de la Cathédrale. Constitution chétive, maigreur notable, abus considérables de la

masturbation, intelligence extrêmement peu développée. Entrailles habituellement délicates.

Au milieu d'une épidémie dyssentérique, ce jeune homme est atteint par la maladie. Il est pris d'une fièvre intense, suivie aussitôt d'évacuations incessantes de matières glaireuses et sanguinolentes, avec un ténesme considérable, des douleurs qui lui font pousser des cris.

Dès le lendemain de l'invasion de la dyssenterie, l'état général devient plus grave, les évacuations continuent d'être aussi fréquentes, quinze à vingt le jour, et autant la nuit, aussi ensanglantées, environ cinquante en vingt-quatre heures.

Le troisième jour, l'état général s'est encore très-notablement aggravé. Le pouls est très-fréquent, très-petit, la peau sensiblement refroidie, le ventre un peu rétracté; les évacuations aussi déplorables comme fréquence et comme composition. Le sang est rendu en quantité vraiment considérable.

Mon confrère M. le docteur T***, m'est adjoint, et je lui propose l'administration de lavements au nitrate d'argent, qu'il accepte. Nous convenons de faire administrer, matin et soir, un lavement composé comme il suit :

Eau distillée.......................	200 grammes.
Nitrate d'argent cristallisé...........	25 centigrammes.

avec la recommandation d'ajouter 10 à 15 gouttes de laudanum de Sydenham, si le lavement est trop difficile ou impossible à garder.

Le premier lavement est pris et gardé environ dix minutes, sans la moindre difficulté! le second, celui du soir, est pris et gardé de même.

Le lendemain, je constate que l'état général est un peu moins mauvais, que de plus les selles ont un peu diminué de fréquence, mais qu'elles sont toujours extrêmement hémorrhagiques.

Je recommande d'alimenter avec de l'eau de pain, additionnée d'un peu de vin très-vieux, tant la dépression générale est considérable, le pouls misérable, la peau moins chaude.

On renouvelle les lavements de nitrate d'argent matin et soir.

Mon confrère revoit le malade, constate comme moi un peu de diminution dans la fréquence des selles, mais, comme moi aussi, persiste à considérer le cas comme devant probablement aboutir à mal.

La médication est continuée.

La dose de nitrate d'argent cristallisé est portée jusqu'à 40 centigrammes, avec l'addition de 10 gouttes de laudanum.

De temps en temps, quand la constipation est trop grande, on administre 10 centigrammes de calomel.

Peu à peu, les selles diminuent de fréquence. La quantité de sang décroît aussi notablement. Au fur et à mesure que l'état local se modifie, l'état général s'améliore, le pouls se relève, la peau se ranime et se réchauffe, le teint devient meilleur, les traits moins altérés. Le malade a conscience d'une meilleure situation.

Les lavements au nitrate d'argent sont continués pendant une

douzaine de jours, en diminuant progressivement la dose, puis réduits à un seul par jour, puis à un lavement environ tous les deux jours, et enfin supprimés.

Le malade a obtenu une complète guérison.

Il y a eu là, si je ne m'abuse, un très-beau et très-sérieux résultat, et j'ai souvenir qu'il avait vivement frappé le confrère qui avait vu le malade en consultation avec moi.

Obs. II. *Dyssenterie à forme adynamique extrêmement grave, avec tendance générale à la gangrène.* — Mlle Ida, âgée de cinq ans environ, à la Tranchée, près de Tours, est une enfant d'une belle constitution, et d'une bonne santé habituelle.

Dans le cours de l'épidémie qui frappe vers le mois de septembre le quartier qu'elle habite, elle est prise d'une dyssenterie extrêmement violente.

Les évacuations sont caractéristiques, muqueuses et très-sanguinolentes, avec un ténesme considérable, et d'une extrême fréquence. C'est à peine si l'enfant passe dix minutes sans une évacuation.

J'administre, dès le début, 2 centigrammes et 1/2 de calomel un matin, et la même dose le même soir.

Très-rapidement, en quelques jours, l'état général devient déplorable, le pouls petit, d'une très-grande fréquence, la peau notablement refroidie, sans élasticité, le ventre très-rétracté, un amaigrissement déjà très-sensible, des évacuations d'une prodigieuse fréquence, avec beaucoup de ténesme et de douleurs. L'état est aussi grave que possible, et un de nos confrères, M. le docteur C***, qui voit la malade une fois en consultation avec moi, n'hésite pas à exprimer les plus vives et les plus sérieuses inquiétudes.

Nous convenons de prescrire des lavements au nitrate d'argent, et de temps en temps, quand il n'y a pas d'évacuations de matière, une très-petite dose de calomel, puis du thé de bœuf, et enfin, tant la dépression générale est considérable, de temps en temps une petite cuillerée à café de vin d'Espagne.

Je formule le lavement :

Eau distillée	125	grammes.
Nitrate d'argent cristallisé	10	centigrammes.
Laudanum de Sydenham	3	gouttes.

Ces lavements sont pris immédiatement après une évacuation dyssentérique et gardés à peine quelques minutes. L'enfant est incapable de les conserver.

Pour esquisser rapidement tous les traits saillants de cette observation, dont les détails seraient interminables, je dirai que les lavements étaient pris au nombre de trois par jour, que la dose de nitrate a été augmentée graduellement et qu'il a fallu arriver à 25 centigrammes par lavement; que de temps en temps, et une fois entre autres un peu d'huile de ricin, un très-léger laxatif maintenait la liberté du ventre. Enfin, que les lavements au nitrate d'argent ont dû être continués pendant très-longtemps, pendant plus de dix à

douze jours, à la dose, soit de trois, soit de deux, soit d'un seul par jour.

L'enfant est tombée dans un état d'adynamie dont rien ne peut donner l'idée. Elle était littéralement desséchée, hors d'état de pouvoir lever un membre, ou même remuer la tête d'un mouvement un tant soit peu étendu.

Une circonstance sur laquelle j'appellerai toute l'attention des praticiens, tant elle me semble remarquable, est la suivante : Tous les points du corps qui portaient sur les draps, à savoir le sacrum, les trochanters, la partie externe des genoux, les malléoles externes, les coudes étaient le siége de plaques sphacelées, gangréneuses, qui sont tombées pour faire place à des plaies blafardes. Toutes les parties du corps qui étaient soumises à la moindre pression, devenaient le siége de sphacèles assez étendus en quelques jours. Il est impossible d'imaginer une telle maigreur et une telle imbibition septique généralisée. C'était affreux à voir.

L'enfant a pourtant guéri, complétement guéri; un an après cette horrible maladie, elle avait repris et beaucoup de force, et de l'embonpoint, une véritable transformation.

Pour ma part, je n'hésite pas à dire que je n'ai jamais vu pareille dyssenterie amener de tels désordres, et que peut-être jamais aussi je ne verrai un tel état suivi d'une aussi complète guérison.

La mère de cette enfant sera le sujet d'une observation qui suit.

Obs. III. *Dyssenterie à forme adynamique.*— Mme S*** donnait des soins depuis plusieurs jours à son enfant, lorsqu'elle fut elle-même atteinte de la maladie. La dyssenterie débute avec une grande violence, et comme la malade était déjà considérablement débilitée par la fatigue, la préoccupation, les veilles auprès de son enfant, des symptômes de profonde adynamie ne tardèrent pas à se manifester.

Dès le premier jour, je formulai :

Une légère purgation avec 15 grammes de poudre de Sedlitz.

Puis, matin et soir, immédiatement après une évacuation, un lavement composé comme il suit :

Eau distillée........................	150 grammes.
Nitrate d'argent cristallisé............	20 centigrammes.
Laudanum de Sydenham.............	8 gouttes.

Le premier effet sensible fut une notable diminution du ténesme. Les besoins étaient pourtant toujours extrêmement fréquents, les évacuations très-nombreuses, dépassant quarante en vingt-quatre heures, les matières très-ensanglantées et glaireuses.

Il fut nécessaire d'arriver une ou deux fois à donner trois lavements au nitrate par jour. La dose du nitrate ne dépasse pas 20 centigrammes par lavement, et le lavement était gardé fort peu de temps, quelques minutes seulement.

Pendant toute la durée de la maladie, il y eut absolue nécessité d'alimenter un peu la malade, de la soutenir avec d'excellent thé de

bœuf, dont on administrait toutes les deux heures un verre à vin de Bordeaux.

L'amaigrissement était vraiment considérable, mais sans déterminer pourtant d'excoriations, la pâleur très-notable, la faiblesse très-grande.

Après douze à quinze jours, cependant, toute trace de matière sanguinolente avait disparu. Les évacuations consistaient dans des matières à peu près ordinaires, peu consistantes, enveloppées d'une couche de matière glaireuse.

Les lavements, réduits d'abord à un seul chaque jour, étaient peu à peu éloignés à tous les deux jours, puis tous les trois jours, puis, enfin, totalement supprimés.

Une alimentation convenablement réparatrice abrégea certainement la convalescence.

Obs. IV. *Dyssenterie à forme inflammatoire.* — Mlle C***, âgée de trois ans et demi environ, à la Grande-Carrée, près Tours.

Cette enfant, d'un tempérament assez robuste, est prise de dyssenterie pendant l'épidémie régnante. Les accidents débutent avec une forme plutôt inflammatoire. La peau est brûlante, la chaleur vive, la langue rouge, les évacuations multipliées, le ténesme affreusement pénible et les selles consistent en un mélange de détritus de la membrane muqueuse du gros intestin, et de petits filets sanguins.

J'administre aussitôt 2 centigrammes 1/2 de calomel, une seule fois, puis je prescris un lavement composé, comme il suit :

Eau distillée............................	60 grammes.
Nitrate d'argent cristallisé................	5 centigrammes.
Laudanum de Sydenham.................	2 gouttes.

C'est un des cas dans lesquels j'ai vu la dyssenterie être très-rapidement enrayée.

Chaque jour l'enfant prenait son lavement de nitrate d'argent, matin et soir, et la dose était portée progressivement jusqu'à 8 centigrammes de nitrate par lavement.

Dès le cinquième jour, l'état général devenait sensiblement meilleur. La fièvre diminuait, et en même temps le ténesme, la fréquence et la douleur des évacuations, la coloration sanguinolente des évacuations glaireuses.

Le septième jour, l'enfant était hors de tout danger sérieux, et on peut dire que la convalescence commençait.

J'obtenais le même résultat peu de semaines après chez un autre enfant qui fait le sujet de l'observation suivante :

Obs. V. *Dyssenterie très-aiguë.* — Enfant, âgé d'environ deux ans.

Cet enfant était au troisième jour d'une dyssenterie qui s'annonçait d'une manière grave, quand je fus appelé à lui donner des soins.

Je constatai de la fièvre, de l'affaissement, des évacuations fréquentes, avec un ténesme extrêmement pénible, évacuations consistant en matières glaireuses teintes de sang, et dans lesquelles on retrouvait aussi quelques très-petits caillots de sang, de la grosseur de têtes d'épingle.

Je prescrivis aussitôt le lavement, avec :

Nitrate d'argent cristallisé..............	5 centigrammes.
Laudanum de Sydenham................	2 gouttes.
Eau distillée..........................	60 grammes.

à répéter matin et soir.

Puis de la panade passée, du riz cuit et passé, et un peu de sirop de quinquina avec chacune des tentatives alimentaires.

La guérison fut également rapide. La dose du nitrate fut portée à 8 centigrammes par lavement, et les lavements toujours administrés de la même manière.

Vers le septième jour, les matières cessaient d'être sanguinolentes. Il reste seulement à l'enfant un peu de disposition diarrhéique qui obligea à continuer pendant plus longtemps les lavements au nitrate, et à administrer le sirop de cachou, et une potion contenant une petite quantité d'extrait de ratanhia.

Je me borne aux cinq observations qui précèdent. J'en pourrais citer un bon nombre d'autres tirées, soit de ma pratique particulière, soit de celle des médecins avec lesquels j'étais appelé en consultation. J'ai vu là quelques faits bien intéressants, bien complets, et notamment chez un malade de Chançay, et chez un autre de Cormery. J'avais été appelé à les voir avec mes honorables confrères, MM. Faré de Vouvray, et Lipski de Cormery, qui ont pu, comme moi, constater les bons effets de la médication dont je parle ici.

Beaucoup d'autres praticiens ont été témoins de faits pareils. Beaucoup ont vu de très-remarquables cas de guérison.

Est-ce à dire que ce soit la règle absolue ? Bien évidemment non, et pour deux raisons :

La première, qu'une médication, pour être jugée d'une manière définitive, irrévocable, exige un temps infiniment plus long, une expérimentation immensément plus large.

La seconde, qu'il ne faut jamais conclure, ni de la pratique d'un médecin, ni des résultats que donne une épidémie.

Il y a des épidémies dans lesquelles tout guérit, d'autres dans lesquelles tout échoue. Faites donc de la statistique ; établissez sur elle des règles certaines. J'ai vu une épidémie de fièvre typhoïde, meurtrière au moins à l'égal du choléra ; j'en ai vu une autre dans laquelle on comptait à peine quelques cas malheureux. Voyez combien alors il devient difficile d'apprécier la valeur d'une médication.

Pour certains médecins, la scarlatine est une maladie à peu près insignifiante : ils n'ont jamais observé que des épidémies extrêmement bénignes. Pour certains autres, et je suis de ce nombre, la scarlatine est un véritable sujet d'effroi. Ils ont été témoins d'une épidémie maligne. Faites-vous donc dans ces conditions une bonne idée, une idée raisonnable, sérieuse, de la valeur d'un traitement.

Et puis, le médecin lui-même entre en ligne de compte dans l'appréciation de cette question. Il est évident qu'un médecin habitué à manier un médicament, et surtout une médication, en tire ce qu'un autre n'en tire pas. Stoll disait de Sydenham : « Eò mihi « peccâsse videtur, quòd nimiùm laudano suo indulserit. » Ceux qui ont lu Sydenham trouveront comme moi le reproche un peu fondé ; mais comment oublier que le laudanum appartenait à Sydenham, et qu'en l'étudiant dans ses effets avec le soin qu'il y avait mis, Sydenham disposait d'une ressource qui s'amoindrissait dans les mains des autres ?

Je résume tout ce travail en concluant :

1° Le nitrate d'argent administré en lavement dès le début de la dyssenterie aiguë, aux doses et de la manière convenables, constitue un moyen curatif qui m'a donné d'excellents résultats.

2° Son action a été aussi efficace, quel que fût l'âge du malade, et dans toutes les formes particulières de la dyssenterie.

3° Dans certains cas, administré tout à fait au début, et toujours en lavement, il a semblé exercer, au bout de quelques jours, une action presque abortive sur la maladie.

THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE.

De la contracture spasmodique du sphincter vaginal et de son traitement.

Il est une loi de pathologie générale, c'est que, toutes les fois qu'un plan musculaire est recouvert par une muqueuse, si cette membrane vient à être atteinte par une inflammation intense et prolongée, les fibres musculaires peuvent devenir le siége d'une contraction spasmodique. Si même ce phénomène morbide persiste, on voit survenir alors des rétrécissements permanents ; témoin ceux qui se montrent dans les canaux de l'œsophage et de l'urètre.

Lorsque le plan musculaire est un sphincter, c'est-à-dire, qu'il est

destiné à fermer une des ouvertures du corps, l'anus, la vulve, les paupières, etc., il suffit souvent que la muqueuse soit le siége d'une lésion qui provoque l'exagération de la sensibilité normale de cette membrane, comme une hypéresthésie, une fissure, etc., pour voir le spasme musculaire s'établir.

Les manifestations de cette loi ont longtemps échappé à la sagacité des observateurs, et malgré la multiplicité de ces faits et leur fréquence, il faut arriver jusqu'à notre époque pour en trouver la première mention. C'est à l'illustre Boyer que revient en effet l'honneur d'avoir le premier établi, dans son chapitre sur la fissure à l'anus, la relation qui existe entre le spasme musculaire et l'érosion de la muqueusee.

La découverte de la nature de cette affection aurait dû porter le sagace auteur à rechercher s'il n'existait pas dans le cadre nosologique d'autres affections analogues ; mais il s'est borné, on le sait, à en formuler, sinon le meilleur, du moins le plus puissant mode de traitement : l'incision du sphincter contracturé.

Le pas le plus difficile était franchi et le progrès devait désormais se continuer, quoique d'une manière bien lente. C'est en effet en parcourant les travaux sur la fissure de l'anus qu'on voit signaler les exemples de la contracture des divers autres sphincters. Dans la leçon de Dupuytren sur la fissure de l'anus, on lit : « Cette fissure, liée au spasme douloureux, n'avait jusqu'alors été vue que dans la région anale. M. Pinel Grandchamp a observé un cas tout semblable à la vulve. La constriction était devenue si grande, que les devoirs du mariage ne pouvaient plus être remplis. Convaincu de l'analogie de cette maladie avec la fissure à l'anus, M. Grandchamp fit une incision profonde, qui divisa dans une étendue de deux pouces la fourchette, la muqueuse et le constricteur de la vulve; le resserrement cessa et les choses revinrent comme par le passé (¹). » Les exemples de contracture du sphincter vaginal ne sont pas assez rares pour qu'un chirurgien, aussi consulté que l'était Dupuytren, ait été forcé, pour en faire la mention, d'emprunter un cas à la pratique de l'un de ses anciens élèves. Aussi sommes-nous conduit à nous demander si la citation du cas observé par Pinel Granchamp n'est pas plutôt le fait des rédacteurs de ces leçons. MM. Brière de Boismont et Marx ont sans doute pensé être utiles à la science, en consignant dans une œuvre destinée à être lue par un grand nombre de praticiens l'existence d'une maladie peu connue.

(¹) Leçons orales de clinique chirurgicale, 2e édition, t. IV, p. 161.

En 1834, M. Huguier a publié dans sa thèse deux nouveaux cas de contracture vaginale, que nous reproduisons à la fin de notre article. L'une des observations est complète et détaillée. M. Huguier la donne comme un exemple de contracture essentielle. Nous discuterons cette étiologie de la maladie.

Dans un travail sur la fissure, publié en 1848, M. Hervez de Chégoin cite un quatrième cas de contracture vaginale dont il avait été le témoin.

Enfin, M. Richet, dans la seconde édition de son Traité d'anatomie chirurgicale, parle de quelques faits de contracture vaginale qu'il a observés à l'hôpital de Lourcine.

L'enseignement écrit n'est pas la seule source à laquelle nous devions puiser. Nous nous rappelons avoir, il y a quelques années (en 1858), assisté à une leçon clinique professée à l'hôpital de la Pitié par M. Michon, et, dans laquelle le savant chirurgien appelait l'attention de son auditoire sur un fait de contracture vulvaire qui se trouvait dans le service. Puisque nous parlons d'enseignement oral, ajoutons que MM. Velpeau, Jules Cloquet, Ricord, Briquet, Robert, Maisonneuve, Duparcque, nous ont dit avoir observé des faits semblables, mais sans avoir recueilli aucune des observations.

Tels sont les seuls renseignements que j'avais pu rassembler sur la contracture du sphincter vaginal, lorsque les hasards de la pratique m'ont appelé il y a deux ans à remédier pour la première fois à une lésion semblable.

Dans le petit nombre des faits publiés, le traitement est le même, et a consisté dans l'incision du plan musculaire et toujours à ciel ouvert. Ce procédé est par trop brutal pour être le dernier mot de la science; aussi ne sommes-nous pas étonné de voir les malades hésiter longtemps avant de se soumettre à ce traitement. Avant d'exposer la série de moyens plus doux que nous avons mis en œuvre pour triompher de la contracture vulvaire, disons un mot de cette affection et de ses causes les plus fréquentes.

La contracture spasmodique du sphincter vaginal est une maladie qui survient surtout dans les premiers temps du mariage, mais on l'observe encore chez des femmes ayant eu des enfants; elle met obstacle à l'acte complet de la copulation et par suite amène l'infécondité. Toutes les tentatives de rapprochements sexuels, par suite des douleurs qu'elles provoquent, réveillent le spasme du plan musculaire contracturé, jusqu'à ce qu'enfin un traitement efficace vienne mettre un terme à la maladie.

La contracture étant le plus souvent une affection secondaire,

c'est dans l'étiologie que le praticien doit aller puiser ses indications thérapeutiques. Les causes en sont nombreuses : l'inflammation de la muqueuse, les diverses espèces d'herpès et d'eczémas qui peuvent se développer sur la vulve, l'inflammation des follicules muqueux ; mais les deux causes les plus fréquentes, surtout chez les femmes du monde, dont le système nerveux est plus impressionnable, ce sont l'hypéresthésie de la muqueuse vulvaire et les fissures de l'entrée du vagin. On comprend que l'excitabilité du système nerveux soit une cause qui prédispose les femmes à la production de la maladie. En effet, dans ce cas, la moindre affection douloureuse de la vulve provoque des actions réflexes qui finissent par amener la contraction spasmodique du plan musculaire placé sur les parties latérales du vagin.

Il est une autre cause prédisposante dont il faut également tenir compte, c'est la disposition anatomique des parties chez certaines femmes. Tous les chirurgiens qui se livrent spécialement à la pratique des accouchements ou au traitement des maladies de l'utérus ont dû rencontrer souvent l'orifice vulvaire, ou mieux la fourchette, portée haut vers le pubis. Le périnée présente une hauteur si considérable, que, lorsque la femme est couchée horizontalement, on est obligé, pour explorer l'utérus, de porter l'indicateur suivant une ligne plus ou moins oblique de haut en bas, et de dehors en dedans, de manière à former avec le pubis un angle plus ou moins aigu ; pour introduire le spéculum, il faut donner à cet instrument la même direction, au lieu de le pousser horizontalement comme dans l'état ordinaire des parties. Lorsque cette conformation vicieuse existe chez une nouvelle mariée, on comprend que l'époux peut ne pas pouvoir franchir l'orifice vulvaire, et que les effets de ses efforts restent bornés à la déchirure incomplète des parties supérieures de l'hymen. J'ai rencontré cette disposition anatomique dans les deux cas de la maladie que j'ai eus à traiter.

Enfin, si nous voulons n'omettre aucune des causes déterminantes de la maladie, il faut dire un mot de la conduite du mari. On sait qu'en général on est disposé à rapporter exclusivement à la femme la stérilité du ménage ; aussi, toutes les tentatives pour y remédier portent-elles sur elle. M. Hirtz est venu nous prouver une fois de plus que les hommes jouissant de la santé générale la plus florissante peuvent être inféconds, et qu'il fallait soumettre les maris à un examen non moins minutieux. Il en est un peu de même en ce qui concerne l'étiologie de la contracture vulvaire, l'homme n'est pas toujours étranger à sa production. Certains époux, par scrupule,

par convenance, ne veulent pas passer outre, et s'arrêtent dans les premiers rapports sexuels, dès qu'une douleur un peu vive se manifeste; d'autres, par suite de l'âge avancé auquel ils contractent leur mariage, ou d'abus antérieurs, ou enfin d'impuissance congénitale, n'ont pas assez de tenue dans l'érection pour triompher complétement de l'obstacle que leur oppose la membrane hymen. Les tentatives réitérées de copulation incomplète ne font que provoquer l'irritation des tissus, et par suite le spasme du sphincter vaginal.

L'examen de ces causes n'est pas sans importance, car la constatation de plusieurs d'entre elles posent des indications thérapeutiques spéciales; en parlant du traitement, nous aurons à examiner les moyens de les remplir.

Existe-t-il des contractures essentielles, c'est-à-dire indépendantes d'aucune des causes que nous avons énumérées? L'on sait les longs débats que cette question a soulevés à propos de la fissure à l'anus; nous ne voulons pas rentrer dans la discussion de ces faits, et nous nous bornerons à faire remarquer que la contracture musculaire, à la vulve comme à l'anus, peut survivre à la cause qui l'a produite, et paraître alors essentielle. Dans l'espèce, du moment où la femme consent à se laisser examiner, rien de plus facile à déterminer, s'il existe ou non une lésion matérielle; nous ferons toutefois une exception à l'égard des fissures, car ces érosions siégent souvent à la partie supérieure de la vulve, sur l'un ou l'autre côté du vestibule, et sont situées assez profondément pour échapper à l'observateur, s'il n'était pas prévenu de cette disposition. *In angulo dolor;* le doigt porté vers ces régions révèle, par la douleur que son contact provoque, l'existence de la solution de continuité des tissus.

Le pronostic de la contracture vulvaire est moins grave que celui de l'anus. En effet, les malades affectés des contractures du sphincter du rectum ne sauraient échapper à l'accomplissement de la fonction de défécation; aussi, lorsque leurs souffrances sont très-grandes, finissent-ils toujours par accepter le traitement qu'on leur propose, quelque douloureux qu'il soit. Il n'en est pas de même dans les cas de contracture vulvaire; l'on voit souvent des femmes conserver pendant des dix et quinze années, quelquefois toute leur vie la maladie dont elles sont atteintes. Cependant l'amour de la maternité chez les unes, la crainte de perdre l'affection de leur mari chez les autres, sont tels que les femmes finissent par se décider à essayer des ressources que la science leur offre pour guérir; mais auparavant elles veulent se rendre compte de la somme de

douleur que doit amener la mise en œuvre des moyens qu'on leur propose.

Dans les observations publiées de MM. Pinel Grandchamp et Hugnier, le traitement a consisté en une opération sanglante ; mais les malades n'acceptent pas toujours cette ressource extrême, témoin le cas cité par M. Hervé de Chégoin. « Une jeune femme, qui avait une fissure à la partie supérieure latérale droite de l'entrée du vagin, recula pendant trois ans devant l'opération que je lui proposais (l'incision du sphincter vaginal), lutta non moins longtemps contre la douleur épouvantable dont chaque rapprochement était la cause immanquable. Retenue par la crainte de l'opération et succombant toujours à un entraînement excité encore par les circonstances particulières dans lesquelles elle se trouvait, cette femme tomba dans une profonde mélancolie et finit par se donner la mort. » (*Union médicale*, t. I[er], p. 228.) Cette femme n'eût pas attenté à ses jours, si on lui avait proposé un mode de traitement moins effrayant.

Cette thérapeutique de haute lutte tient à ce que les chirurgiens ne se sont pas rendu compte de l'étiologie de l'affection, et veulent triompher de la contracture, avant d'avoir détruit la cause qui la provoque. La précieuse conquête de la méthode anésthésique a fait maintenir dans la pratique courante de l'art certaines manœuvres qui, sans elle, seraient reléguées au nombre de ces ressources extrêmes auxquelles on n'a recours qu'après avoir essayé de tous les moyens connus.

Le traitement le plus rationnel de la contracture vulvaire est de débuter par combattre la lésion qui lui a donné naissance; il en est deux, l'hypéresthésie et la fissure, sur lesquelles nous voulons insister, non pas seulement parce qu'elles sont de beaucoup les plus fréquentes, mais surtout parce que les moyens de les combattre sont moins vulgarisés.

L'agent le plus efficace pour combattre l'hypéresthésie de la vulve est le froid. Les bains de siége et les quarts de lavement froids, pris matin et soir, et surtout l'emploi de la glace, soit que l'on place des fragments de glace entre les grandes lèvres et qu'on les y laisse fondre, soit qu'on recouvre les parties avec une vessie remplie d'un mélange réfrigérant, composé de glace pilée et de sel marin. Ces applications sont répétées plusieurs fois dans la journée.

Le moyen de triompher le plus rapidement de la fissure est la cautérisation avec le nitrate d'argent; mais comme la lésion est peu apparente, vu qu'elle se prolonge dans le vagin, il faut, pour l'atteindre plus facilement et provoquer moins de douleur, se servir d'un

pinceau de blaireau, imprégné d'une solution de nitrate d'argent aussi concentrée que possible. Ce procédé de cautérisation n'effraye nullement les malades et il permet d'agir sur toute l'étendue de l'érosion de la muqueuse. Un peu de charpie sèche placé entre les nymphes protége ces parties contre l'action du caustique.

On répète ces cautérisations tous les deux ou trois jours, et dès que la sensibilité a disparu, on commence le traitement de la contracture du sphincter vaginal par la dilatation.

Généralement, dans les cas de rétrécissements des conduits naturels, on procède à leur ampliation à l'aide de l'introduction de mèches de charpie dont on augmente progressivement le volume ; c'est la dilatation permanente. Ce procédé ne peut plus être appliqué lorsque la lésion est limitée à l'orifice de ces conduits, la présence prolongée d'un corps étranger entretiendrait l'irritation des tissus et par suite aggraverait le spasme musculaire qui provoque l'occlusion de cette ouverture. Contre ces contractures il n'y a que deux procédés qui puissent être mis en œuvre avec des chances de succès : dans l'un, on soumet la femme aux inhalations du chloroforme, et lorsqu'elle est plongée dans l'insensibilité, on introduit dans l'anneau vulvaire un doigt de chaque main, qui, une fois arrivés dans le vagin, sont recourbés en crochet et tirent en sens inverse l'anneau musculaire qu'ils distendent. C'est le procédé de dilatation forcée créé par M. Récamier pour la cure de la fissure à l'anus. La disposition anatomique des parties fait qu'il réussit moins bien dans les cas de contracture vulvaire. Un moyen plus puissant serait l'emploi du spéculum bivalve ; on introduirait l'instrument, puis, lorsqu'il aurait été ouvert, on le retirerait brusquement, en maintenant les valves écartées.

Le mode de dilatation le moins brutal est de se servir d'ampoules de caoutchouc de la forme et de la dimension de celles qu'on emploie pour le tamponnement du rectum, dans les cas d'hémorrhagie de cet intestin. La pelote, enduite de glycérine, est introduite roulée sur elle-même, dans l'ouverture vulvaire, et lorsqu'elle a pénétré à moitié, on l'insuffle à l'aide d'un réservoir d'air assez volumineux (nº 3). Comme le caoutchouc prête autant que l'on veut, pour ainsi dire, on peut faire subir à l'anneau vulvaire un grand degré de distension. On se laisse guider à cet égard par la rigidité des parties et la sensibilité de la malade. Du reste, mieux vaut répéter cette pratique deux fois par jour, plutôt que d'exercer un trop grand traumatisme sur les tissus. Immédiatement après chaque séance, on fait placer la femme dans un bain de siége froid.

Lorsqu'il importe de terminer rapidement le traitement, dès que l'anneau vulvaire est assez dilaté pour recevoir le petit doigt, on peut faire pénétrer toute l'ampoule dans le vagin et l'insuffler, en lui faisant subir, peu à peu, le degré de dilatation le plus considérable que l'instrument peut subir sans se rompre, et que la femme peut supporter sans trop souffrir. En tirant alors sur le tube de l'ampoule, on opèrera une sorte d'accouchement artificiel. On comprend que de telles manœuvres n'auront pas besoin d'être exercées un long temps pour triompher de la résistance du spasme musculaire.

La dilatation, telle que nous venons de la décrire, triomphera-t-elle toujours, et dans tous les cas, de la contracture vulvaire ? Pour ceux qui sauront la mettre en pratique d'une manière convenable, nous croyons que peu de cas pourront lui résister. Dans un bon nombre des observations publiées, on voit bien signaler l'essai infructueux de la dilatation, mais tentée à l'aide de mèches de charpie et d'éponges préparées. Nous ferons remarquer que la puissance de distension des ampoules en caoutchouc, surtout lorsque les parois en sont un peu épaisses, est bien autrement grande que celle du coton et de l'éponge ; et que l'intermittence dans leur action permet aux femmes d'en supporter l'action sans trop souffrir. Aussi les malades soumises à ce traitement ne sont jamais condamnées à garder le lit et peuvent vaquer à leurs occupations habituelles.

Dans les cas exceptionnels, où on devra recourir à l'incision du plan musculaire contracturé, nous donnerons le conseil d'imiter la conduite de Blandin qui, dans la fissure à l'anus, pratiquait la section du sphincter par la méthode sous-cutanée (*Bulletin de Thérapeutique*, t. XXXIII, p. 115). Mais un détail sur lequel nous ne saurions trop insister, c'est la détermination des points précis de la région vulvaire sur lesquels doit porter l'instrument tranchant. On a vu dans le récit du fait de Pinel Grandchamp emprunté aux leçons de Dupuytren, que ce chirurgien avait pratiqué une incision « qui divisa, dans une étendue de deux pouces, la fourchette, la muqueuse et le constricteur de la vulve. » On sait que Boyer avait recommandé de ne jamais faire porter l'instrument tranchant sur la partie moyenne de la région anale, et d'inciser latéralement sans tenir compte de la gerçure. La même précaution doit être observée, surtout dans les cas de contracture vulvaire, car la section de la fourchette exposerait les femmes à subir une rupture du périnée, lors de leur premier accouchement. Le silence que garde Dupuytren à cet égard est le motif principal qui nous fait douter que la citation de

ce fait lui appartienne. Un clinicien aussi expérimenté n'eût pas manqué d'émettre devant son jeune auditoire la réserve que nous venons de faire. On dit bien dans l'observation : « Le resserrement cessa et les choses revinrent comme par le passé, » c'est-à-dire que la cicatrisation de la fourchette se fit par première intention ; mais qu'advint-il à la suite du premier accouchement ? Là était un des points le plus importants de l'observation, car il s'agit dans l'espèce d'apprécier la valeur des ressources thérapeutiques.

Dans le cas de M. Huguier que nous rapportons plus loin (obs. Ire), nous verrons ce chirurgien pratiquer deux incisions latérales; seulement comme il ne s'est pas rappelé, au moment de son opération, la disposition anatomique des parties, son bistouri a porté sur le bulbe du vestibule, et une hémorrhagie a eu lieu.

On se mettra à l'abri d'une effusion considérable de sang, en faisant porter le bistouri sur les tissus placés au dessous du bulbe du vestibule. Comme cet organe se termine au niveau de la glande vulvo-vaginale, les incisions devront être pratiquées de chaque côté de la fourchette, un peu au-dessous du conduit excréteur de la glande, et être dirigées à droite et à gauche, parallèlement à la branche montante de l'ischion. De cette façon, on évitera de léser les vaisseaux sanguins importants de cette région.

Ces précautions ne sont plus nécessaires lorsqu'on se borne à l'incision de la membrane hymen, ou de l'anneau vulvaire épaissis. Les solutions de continuité peuvent être plus multipliées ; comme elles divisent seulement les replis muqueux et le tissu cellulaire qui les double, elles ne peuvent provoquer que des pertes de sang insignifiantes.

Telles sont les considérations que l'étude de la contracture spasmodique du sphincter vaginal m'a fournies. Nous sommes loin de prétendre avoir comblé le vide que laisse, à l'égard de cette maladie, la lecture même des traités spéciaux sur les maladies des femmes ; mais les quelques faits que nous allons produire, ceux beaucoup plus nombreux que nous adresse notre excellent collègue, M. Michon, joints aux observations qu'un bon nombre de nos lecteurs nous adresseront prochainement, permettront, dans un temps prochain, de combler la lacune que nous venons de signaler.

Voici maintenant quelques faits destinés à montrer les diverses formes de la maladie et à déterminer la valeur des moyens que nous avons indiqués pour en triompher.

Obs. I. *Contracture spasmodique essentielle du constricteur du vagin.—Emploi infructueux de la dilatation à l'aide des mèches et*

de la pommade à la belladone. — Incision de l'anneau vulvaire. — Guérison. — « La nommée U*** Sang..., couturière, âgée de vingt-cinq ans, entre le 2 juin 1831, à l'hôpital Saint-Louis. Cette jeune femme, d'un tempérament nerveux et sanguin, fort vive et très-impressionnable, s'était livrée avec excès aux plaisirs conjugaux depuis à peu près dix-huit mois. Trois mois environ avant son entrée à l'hôpital, elle avait commencé à éprouver de temps en temps de la chaleur, de l'ardeur et un sentiment de constriction au centre de la vulve, qui était un peu plus rouge que dans l'état ordinaire. L'introduction du pénis dans le vagin était pénible, fatigante, et parfois douloureuse : elle ne tint aucun compte de ces accidents passagers; elle continua à se livrer à sa funeste habitude, et son affection s'en accrut; l'irritation de la vulve et de l'orifice du vagin augmenta; la chaleur, la rougeur devinrent plus fortes, ainsi que le sentiment de constriction. Bientôt un écoulement blanc assez abondant se joignit à ces symptômes et l'intromission du pénis fut constamment douloureuse. Ce temps de la copulation devint si pénible et la constriction si forte, que notre malade fut obligée de diminuer la fréquence de ses rapports; mais son penchant étant toujours le même, elle eut souvent des rapprochements incomplets, qui se bornaient à des excitations portées sur la vulve et l'entrée du vagin, excitations qui ne contribuaient pas moins à augmenter la maladie.

« Si, au milieu de l'orgasme vénérien, elle était portée à permettre une introduction, la scène changeait tout à coup : les souffrances les plus fortes succédaient aux plus vives émotions, un mouvement brusque, convulsif, accompagné de cris aigus, l'éloignait de la source de ses plaisirs, et le souvenir des douleurs qu'elle éprouvait toujours dans de pareilles circonstances la rappelait à la tempérance; enfin, ses souffrances s'accrurent tellement, que l'idée seule de la copulation lui était insupportable, elle se décida alors à entrer à l'hôpital. Les organes génitaux étaient dans l'état suivant : les grandes lèvres n'offraient rien de particulier, les nymphes étaient plus rouges et un peu plus volumineuses qu'à l'état normal, légèrement douloureuses et humectées par une matière blanchâtre assez abondante, qui semblait tirer sa source de ces parties et du vagin; l'hymen était entièrement détruit, les caroncules étaient volumineuses; l'orifice vaginal était rétréci au point de permettre à peine l'introduction du doigt auriculaire. Ce n'est qu'en suppliant en quelque sorte la malade, et en lui faisant connaître l'importance de cet examen que nous obtînmes d'elle la permission de nous y livrer; nous reconnûmes alors que le vagin était sain, et qu'immédiatement au-dessus de la constriction, il avait son diamètre naturel. Les parties environnantes : rectum, vessie, cloisons recto-vaginale et vésico-vaginale étaient dans l'état normal. Le doigt se trouvait embrassé par un bourrelet étroit, ayant deux à trois lignes d'épaisseur sur sept à huit lignes de large.

« Le traitement fut institué de la manière suivante : un grand bain d'une heure, tous les deux jours, tisane de chiendent et de réglisse; bains de siége émollients tous les jours, injections vaginales avec la décoction de guimauve et de têtes de pavot. Quatre ou cinq

jours après l'usage de ces moyens, presque tous les accidents disparurent. Il ne resta plus que la contraction spasmodique du sphincter du vagin et le sentiment de constriction que nous cherchâmes à combattre en appliquant successivement sur la vulve et l'orifice du vagin des pommades faites avec le calomel, la belladone, le laudanum. Nous en introduisîmes avec une mèche dans l'intérieur du vagin; tous ces moyens furent inutiles contre la contraction. Les injections narcotiques furent alors employées sans plus de succès.

« Pensant que le traitement employé par M. Boyer, contre la fissure et la contraction de l'anus, était ici applicable, nous le proposâmes à la malade, qui le rejeta loin d'elle, et voulut attendre encore quelque temps. Enfin, fatiguée de son séjour à l'hôpital et de l'inutilité des moyens employés, elle demanda sa sortie, qui lui fut accordée le 2 août, après être restée soixante-deux jours dans l'établissement.

« Quatre jours après elle vint me voir et me pria de lui donner des soins. Je fis de nouveau mon possible pour la convaincre de l'utilité de l'opération que je lui avais proposée ; cette fois, elle me parut moins effrayée. Trente à trente-cinq jours après, ne pouvant supporter d'être privée pour toujours de l'usage des organes génitaux, elle consentit à cette légère opération. Assise sur le bord de son lit, chaque pied posé sur une chaise, deux aides la maintenant dans cette position, j'introduisis dans le vagin un bistouri boutonné, graissé avec du beurre. Cette introduction fut faite en portant le dos de la lame sur la partie droite du rétrécissement, de manière à écarter le tranchant du côté opposé, après l'avoir porté à la hauteur d'un pouce et demi, je dirigeai le tranchant directement au dehors et à gauche, j'incisai l'ouverture du vagin dans l'étendue de 7 à 8 lignes, en portant le poignet vers la cuisse gauche, et en le retirant vers moi. L'incision fut ainsi pratiquée de dedans en dehors; elle fut prompte, facile et pas très-douloureuse. Sans désemparer et sans changer le bistouri de main, nous fîmes de l'autre côté une incision à peu près semblable; elle fut moins profonde et supportée avec moins de patience, un verre et demi de sang s'écoula de ces deux incisions ; une petite artériole fut ouverte en pratiquant la première. Une heure après, je pansai la malade, en introduisant dans le vagin une mèche assez volumineuse enduite de cérat et maintenue par des compresses et un bandage en T; cinq heures après, des douleurs et une distension du vagin, causée par du sang accumulé au-dessus de la mèche, nous obligèrent à l'enlever. Je fis placer la malade dans un bain tiède, et j'introduisis une mèche moins volumineuse. Je pansai ainsi la malade pendant vingt-huit jours, en augmentant un peu le volume de la mèche ; déjà, le vingt-cinquième jour, les incisions étaient guéries, le doigt pouvait être introduit dans le vagin avec une grande facilité et sans douleurs.

« Deux mois après, cette femme pouvait se livrer à la copulation avec autant de facilité qu'avant la manifestation de son affection. Toutefois, cette leçon ne fut pas perdue, et elle usa avec modération des plaisirs dont elle avait tant abusé. » (Thèse de Paris 1837.)
1834.

Nous avons laissé à ce fait le titre que M. Huguier lui a donné, « *contracture essentielle;* » mais personne, après avoir lu l'observation, ne partagera l'opinion de ce chirurgien sur la nature de la contracture; l'affection musculaire est tout ce qu'il y a de plus secondaire, elle est consécutive à une inflammation intense et prolongée de la muqueuse vulvaire, provoquée par l'abus des rapports sexuels.

Nous n'insisterons pas davantage sur le traitement suivi, et ne discuterons pas si le repos prolongé des organes, aidé par l'emploi des bains et des saignées locales, n'eussent pas triomphé aussi sûrement du spasme musculaire que les incisions pratiquées. La perte considérable de sang amenée par l'opération (un verre et demi), le repos forcé pendant un mois qu'a duré la cicatrisation des plaies, ont à revendiquer une bonne part dans la cure de cette femme.

Ce cas doit être rangé dans une catégorie à part de ceux dont nous nous occupons spécialement dans cet article; le spasme musculaire n'existe pas seul, l'inflammation a gagné le tissu cellulaire sous-muqueux qui, en se rétractant, a diminué le calibre du vagin.

M. Huguier cite, dans sa thèse, un second cas de contracture, observé par lui à l'hôpital de Lourcine, qui n'est qu'un degré plus avancé des accidents présentés par sa première malade.

Obs. II. *Contracture symptomatique due à une induration et à un épaississement de la membrane muqueuse de la vulve.* — La constriction de l'ouverture était telle dans ce cas, dit M. Huguier, qu'on pouvait à peine y introduire une grosse plume de cygne. La muqueuse était inégale, rugueuse, fendillée et d'un gris blanchâtre, comme quand on a déposé une grande quantité de vinaigre sur les lèvres. Elle était entièrement insensible, et la malade en enlevait des lambeaux de la largeur d'une pièce de six liards, sans en souffrir le moins du monde. Les profondes cautérisations avec le nitrate d'argent n'étaient pas plus douloureuses, c'est à peine si celles faites avec le nitrate acide de mercure l'étaient. Cette femme ne put guérir. (Thèse de Paris, 1837.) 1834, n° 316.

Dans ce cas, M. Huguier n'a pas hésité à reconnaître que la contracture était secondaire; mais nous sommes conduit à nous demander si le sphincter vaginal était encore atteint, et si l'affection ne consistait pas exclusivement dans l'induration du tissu cellulaire qui double le vagin?

En citant ce fait, nous avons spécialement pour but de montrer combien il importe de rassembler de nouvelles observations, car celles qui existent dans la science, outre qu'elles sont trop écourtées,

ne présentent pas des exemples de l'affection telle qu'on l'observe le plus souvent. Les deux cas suivants, empruntés à notre pratique, en seront la preuve.

Obs. III. *Spasme du sphincter du vagin dû à une fissure. — Emploi de la cautérisation, puis de la dilatation intermittente. — Guérison.* — Mme de V*** est une grande et belle personne, âgée de vingt-six ans environ, d'une constitution assez robuste. Sa santé ne laisserait rien à désirer si, par suite d'une mauvaise direction dans son éducation, on n'avait fait prédominer le système nerveux. De loin en loin surviennent quelques spasmes. Cette dame est mariée depuis dix-huit mois, et elle s'impatiente déjà de ne pas avoir de progéniture. Le mari, qui en connaît la cause, et qui est convaincu que sa femme n'est pas faite comme les autres, finit par la décider à me consulter, et me prie de passer chez lui le 10 octobre 1859.

L'examen des parties me permet de constater les particularités suivantes : Les grandes lèvres écartées, on n'aperçoit pas l'entrée du vagin. La commissure inférieure de la vulve, ou mieux l'hymen, en forme de croissant, est tellement élevé, qu'il est appliqué contre le vestibule, cette disposition tient à la hauteur anormale du périnée. Pour reconnaître la cause de la contracture du sphincter, je déprime cette membrane et fais pénétrer l'extrémité du petit doigt dans l'anneau vulvaire. Cette manœuvre, quoique pratiquée avec les plus grands ménagements, est très-douloureuse ; elle me permet de constater à la partie supérieure de l'anneau vulvaire deux gerçures de la muqueuse, qui se prolongent dans le vagin. Outre ces solutions de continuité de tissu, je constate sur la face interne des grandes lèvres plusieurs follicules muqueux enflammés. La muqueuse vulvaire est, en outre, le siége d'une hypéresthésie si développée qu'au moindre attouchement des parties, on voit le spasme musculaire s'accroître encore.

Le traitement était tout tracé pour moi, il fallait commencer par triompher des accidents locaux. Il fut convenu que le lendemain matin, dès mon arrivée, la malade se placerait dans un bain de siége d'eau froide, ce qui eut lieu ; dix minutes après je l'en fis sortir pour procéder à la cautérisation des gerçures et des follicules. Cette petite opération eut lieu à l'aide d'une solution aussi concentrée que possible de nitrate d'argent, appliquée à l'aide d'un pinceau de blaireau ; un tampon de charpie fut placé entre les deux grandes lèvres, et la malade se remit au bain, où elle resta vingt minutes.

Matin et soir la malade prit un bain de siége d'une demi-heure et un quart de lavement froids, et chaque deux jours, je répétai la cautérisation. Au bout de quinze jours, je pus songer à commencer la seconde partie du traitement. Dans un cas ordinaire, je n'aurais pas hésité à donner la préférence à la dilatation intermittente, mais le développement anormal du périnée me fit balancer, et je me demandai si, en présence d'une semblable disposition, les incisions n'étaient pas mieux indiquées. Voulant mettre ma responsabilité à l'abri de tout reproche ultérieur, je fis part au mari de mes

doutes. Il rejeta toute opération sanglante, disant qu'il serait toujours temps d'y arriver, si j'échouais par la dilatation.

On fabrique aujourd'hui des ampoules en caoutchouc, dont les parois ont l'épaisseur de la baudruche. Dans le but de produire le moins de traumatisme possible, je fis choix d'une de ces ampoules, à laquelle je fixai un robinet que j'avais enlevé à un pessaire. L'ampoule roulée sur elle-même et enduite de glycérine, fut introduite assez facilement, poussée par l'extrémité arrondie d'un stylet. Dès que la moitié eut pénétré dans l'intérieur du vagin, je la dilatai à l'aide d'un de ces réservoirs d'air qui servent à insuffler les pessaires en caoutchouc. Le peu de résistance de ces parois si minces n'amena aucun résultat sensible. J'essayai alors des modèles qu'on emploie pour parer aux hémorrhagies des fosses nasales; leur action fut un peu plus prononcée, mais ce fut seulement alors que j'eus fait choix d'une de ces pelotes destinées au tamponnement du rectum, que je possédai un instrument convenable. A dater de ce moment, la dilatation de l'anneau vulvaire marcha avec rapidité.

Chaque matin, pendant un quart d'heure, je pratiquai la dilatation de la vulve. Suivant le degré de sensibilité de la malade, je donnai une ampliation plus ou moins considérable à la pelote. Comme le caoutchouc est très-élastique, on peut faire acquérir à l'instrument le volume du poing. Ces manœuvres étaient répétées le soir par le mari. Avant et après chaque séance, la malade prenait un bain de siége froid de dix minutes à un quart d'heure.

Après quinze jours de ce traitement, l'entrée du vagin avait subi un degré de dilatation qui eût permis des rapports sexuels complets; mais la disposition vicieuse des parties, non moins que le peu de vigueur de l'époux, m'engagea à poursuivre encore mes manœuvres de dilatation. J'eus recours alors à un autre expédient : je fis pénétrer la pelote dans le vagin, et dès qu'elle y était placée en entier, je l'insufflais et lui donnais toute l'ampliation qu'elle pouvait prendre (1). Cela fait, je tirais sur le tube et amenais à moi l'instrument; de cette façon je procédais à une sorte d'accouchement artificiel. Ces manœuvres répétées huit jours amenèrent un degré de dilatation assez considérable pour permettre l'introduction d'un spéculum ordinaire.

Pendant les cinq derniers jours du traitement, j'avais fait prendre au mari, matin et soir, une dose de 5 grammes de cubèbe, comme aphrodisiaque, et il put alors remplir ses devoirs conjugaux. Il s'en acquitta si bien que, onze mois après, je reçus la nouvelle de la naissance d'un garçon.

Ce fait est surtout remarquable par la hauteur anormale du périnée et, comme je l'ai remarqué encore, quoique à un degré moins prononcé dans le cas suivant; je suis convaincu que les médecins qui, dans les cas de contracture du sphincter du vagin, porteront leur

(1) Il faut toujours être muni de deux ou trois de ces ampoules, car, sous l'influence de ces distensions forcées, il arrive quelquefois qu'elles se rompent.

attention sur la conformation des parties, observeront le plus souvent cette particularité anatomique.

On a vu qu'en raison de cette disposition de la vulve, j'avais hésité un instant à donner la préférence aux débridements. Le refus des époux m'a fourni l'occasion de m'assurer de la valeur de la dilatation intermittente comme traitement de cette maladie.

Le développement anormal du périnée m'a engagé à ne pas perdre de vue cette dame qui, après sa cure, était retournée en province. Dès qu'elle fut enceinte, j'en fus averti et je fis part au confrère qui devait l'assister dans ses couches des particularités que j'avais observées. En effet, cette hauteur anormale du périnée prédispose les femmes à subir la rupture de cette partie; aussi engageai-je notre confrère à ne pas hésiter, lors de l'accouchement, à recourir à l'incision de la vulve, même des deux côtés, pour peu que les parties opposassent trop de résistance à la sortie de l'enfant. Comme ce confrère est un lecteur assidu du *Bulletin de Thérapeutique*, je lui rappelai les divers articles que nous avons insérés et qui traitent de cette pratique; mais l'accouchement, quoique lent, eut lieu spontanément et sans qu'il fût nécessaire de pratiquer cette petite opération.

Ce n'est pas seulement dans le but de rendre possibles les devoirs du mariage, que le médecin peut être appelé à triompher de la contracture du sphincter du vagin; il peut être appelé encore dans certains cas où cette maladie existe en même temps qu'une affection de l'utérus. En voici un exemple.

Obs. IV. *Contracture spasmodique du sphincter vulvaire, due à une fissure et datant de onze ans. — Emploi successif de la cautérisation, puis de la dilatation progressive. — Guérison.* — Mme X***, âgée de cinquante-neuf ans, est d'un tempérament nerveux et d'une constitution délicate, qu'elle attribue à ce que, au moment de sa naissance, elle a été affectée d'un engorgement laiteux des mamelles, assez considérable pour entraîner le phlegmon de la glande et la formation d'un abcès, qu'il a fallu ouvrir avec la lancette. Son enfance a été maladive, et depuis elle a toujours été d'une santé chétive.

Réglée à seize ans, elle éprouvait une leucorrhée assez abondante depuis deux ou trois années. Pendant quinze mois la menstruation est régulière, l'écoulement du sang abondant et durant cinq jours. Au bout de ce temps et sans cause apparente, la menstruation devient douloureuse, des coliques assez intenses pour provoquer des vomissements et forcer la malade à prendre le lit, ont lieu à chaque époque ; le sang est expulsé par caillots. Cette dysménorrhée dure jusqu'à l'âge de trente-cinq ans.

L'année suivante, sous l'influence d'exercice forcé des bras, cette

dame éprouve des douleurs dans les reins et le bas-ventre; elle ne peut rester debout, immobile, et est forcée de s'asseoir pour se coiffer. Malgré ces accidents, elle peut encore faire des courses assez longues à pied. A l'âge de quarante ans, pendant un effort qu'elle fait pour soulever son père malade, elle éprouve une douleur très-vive dans les reins et, à dater de ce moment, elle ne peut plus marcher comme autrefois. Un prolapsus de l'utérus a lieu probablement, et la ménopause survient brusquement, sous l'influence d'une émotion pénible.

Malgré les accidents que cette dame a subis, elle se marie deux ans après. L'époux n'était pas plus vigoureux qu'elle et âgé de quarante-huit ans; il n'est donc pas étonnant que les tentatives de rapports sexuels n'amènent qu'une défloration incomplète, et, par suite, une irritation des parties qui provoque une contracture du sphincter vaginal.

Les douleurs qu'elle ressent, la grande difficulté de la marche qu'elle éprouve, la conduisent à consulter les deux médecins de sa localité; témoins de sa mauvaise santé habituelle, ils rapportent ces accidents à son état général. Je suis interrogé à mon tour, et les symptômes que cette dame accuse (douleurs de reins, pesanteur sur le siége, courbature de la partie interne des cuisses) me portent à penser que sa faiblesse musculaire est due surtout à un prolapsus de l'utérus.

Pour confirmer mon diagnostic et instituer un traitement efficace, je réclame un examen direct, afin de m'assurer du degré d'abaissement de l'organe. Il m'est refusé.

Puisqu'il s'agit d'un déplacement de l'utérus, lui dit-on, portez une ceinture hypogastrique. Elle en tente l'essai à diverses reprises, mais elle est forcée chaque fois d'y renoncer; la pression que l'instrument exerçait sur la paroi abdominale aggravait les accidents. Ce résultat me confirme dans ma manière de voir et me fait insister sur la nécessité d'une exploration directe.

Enfin, après bien des années d'hésitation, et lasse de ses tentatives, cette dame se décide enfin à se soumettre à mon examen. Au moment où je me dispose à pratiquer le toucher, le mari me prie d'y procéder avec beaucoup de ménagement, parce que, quoique mariés depuis onze ans, il n'a jamais pu avoir de rapports sexuels complets avec sa femme. Je rencontre en effet une contracture très-prononcée du sphincter vaginal et l'introduction de l'indicateur faite avec la plus grande lenteur fut très-douloureuse et provoqua presque une syncope.

Cet examen était indispensable, car si par hasard je m'étais trompé, il n'eût pas été nécessaire de procéder à la dilatation du muscle contracturé. Mais il n'en était rien : à peine le doigt eut-il franchi l'anneau vulvaire, qu'il rencontra le col de l'utérus reposant sur le plancher du petit bassin. Si une incision avait été pratiquée sur cette région, l'utérus fût sorti à travers le périnée, comme on le voit apparaître à travers l'ouverture vulvaire, dans les cas de chute complète. Chez cette dame, comme chez celle de l'observation précédente, le périnée présentait également une hauteur anormale, qui avait contribué à la production de la maladie.

Le prolapsus de l'utérus constaté, ainsi que l'inutilité des ceintures hypogastriques, je voulus recourir à l'emploi du pessaire à réservoir d'air; mais pour l'appliquer, il me fallait triompher de la contracture vulvaire. Le toucher m'avait révélé l'existence d'une fissure à la partie supérieure droite de l'anneau, je dus donc commencer par détruire cette érosion, à l'aide de la solution de nitrate d'argent. Quatre cautérisations furent nécessaires.

La fissure guérie, je procédai à la dilatation de l'anneau et, profitant de l'enseignement acquis, je fis usage tout de suite des pelotes à tamponnement rectal; après huit séances de dilatation, précédées et suivies de bains de siége froids, je pus placer un pessaire numéro 1. Afin de faciliter son introduction, et pour habituer plus vite le vagin au contact du corps étranger, je fis fabriquer l'ampoule avec une plaque très-mince de caoutchouc. Chaque matin, avant l'introduction du pessaire, je procédai à une séance de dilatation d'un quart d'heure. A la fin du mois l'ampliation de l'anneau était assez considérable pour que la malade pût placer elle-même son instrument.

Lorsque cette dame quitta Paris, elle faisait usage du modèle ordinaire numéro 1, et continuait l'emploi de la ceinture élastique de Bourjeaurd, qu'elle portait depuis plusieurs années. Sous l'influence de ces moyens, surtout celle du pessaire, elle a pu reprendre un grand nombre d'occupations que, depuis vingt années, elle avait dû complétement abandonner.

Les incommodités éprouvées par cette dame n'étaient pas le motif qui la détermina à réclamer les secours de la médecine; son mari était devenu infirme, et il répugnait à cette dame de lui voir donner des soins par des personnes étrangères. Dès que je lui eus persuadé que sa faiblesse était le résultat d'un abaissement de son utérus, elle n'hésita pas à se soumettre à un traitement qui a été couronné du résultat le plus complet, car depuis six mois cette dame vaque seule aux soins que réclame son mari.

Nous résumerons cet article par les conclusions suivantes :

1° Parmi les maladies qui peuvent affecter la vulve, il faut inscrire la contracture spasmodique du sphincter du vagin.

2° Quoique cette contracture puisse être emportée de haute lutte par une opération sanglante, il est plus rationnel de débuter par le traitement de la lésion qui l'a provoquée, si elle existe encore. Lorsque cette lésion est guérie, on a recours alors à la dilatation.

3° Le procédé de dilatation le plus efficace est celui qui met en œuvre les ampoules de caoutchouc. La rapidité, l'énergie, l'intermittence de l'action de ce moyen en font un mode de traitement inoffensif et très-efficace.

4° Dans les cas où on devra avoir recours à la division du sphincter contracturé, l'incision du muscle devra être double, pra-

tiquée par la méthode sous-cutanée et faite de chaque côté de la commissure vulvaire, au-dessous de l'ouverture des conduits de la glande vulvo-vaginale, afin de se mettre à l'abri des hémorrhagies. DEBOUT.

CHIMIE ET PHARMACIE.

De la prééminence des solutions officinales du perchlorure de fer fournies par le sel cristallisé par sublimation.

Lorsque le récit des résultats que Pravaz avait obtenus à la suite de l'injection de solutions de perchlorure de fer dans les vaisseaux sanguins, vint inviter les chirurgiens à répéter ses expériences, ce sel n'existait pas dans les officines, et les premières solutions de ce médicament durent être préparées à l'aide des échantillons de sel cristallisé que les pharmaciens conservaient dans leur laboratoire. Ce perchlorure était obtenu par sublimation et d'un prix assez élevé; mais la solution fournissait un produit d'une excellente conservation. Sans se demander si le haut prix du perchlorure sublimé ne tenait pas plutôt à l'absence de son emploi qu'aux difficultés de sa préparation, un grand nombre de pharmaciens se sont mis à rechercher des procédés plus expéditifs et moins dispendieux. Nous n'avons pas à rappeler les nombreux modes de préparation, tour à tour recommandés; ils ont eu surtout pour résultat de mettre entre les mains des expérimentateurs des solutions si peu semblables qu'on se rend compte facilement de la diversité des conclusions formulées sur la valeur de la nouvelle ressource thérapeutique.

On eût évité tous ces déboires, toutes ces pertes de temps, si, en attendant qu'on eût découvert un procédé irréprochable, on se fût borné à continuer la préparation des solutions, en se servant exclusivement du perchlorure sublimé. Rien de plus louable que de chercher à diminuer le prix de revient des produits pharmaceutiques; toutefois, ce ne saurait être aux dépens de leur bonne conservation, ainsi que cela est arrivé pour le perchlorure de fer. C'est seulement depuis que M. Adrian a publié le résultat de ses recherches qu'on possède un bon procédé.

M. Lebaigue préférerait voir revenir à l'emploi exclusif du perchlorure sublimé, qui est chimiquement neutre et de composition invariable. Ce corps se dissout dans l'eau avec une extrême facilité; la solution obtenue est limpide et n'a besoin que d'être décantée pour séparer quelques parcelles de fer inattaquées par le chlore dans sa pré-

paration ; elle se conserve sans s'altérer. Les proportions que M. Lebaigue emploie pour obtenir la solution officinale à 30 degrés sont :

Perchlorure de fer sublimé..........	60 grammes.
Eau distillée.......................	160 grammes.

La préparation du perchlorure de fer sublimé, ajoute ce pharmacien, est simple et facile ; il suffit de faire passer du chlore sur des pointes de Paris légèrement chauffées dans un ballon de verre (la chaleur développée par la combinaison est presque suffisante). Le fer se transforme d'abord en protochlorure, puis en perchlorure. A la fin de l'opération il convient d'augmenter un peu le feu pour sublimer le produit, ce qui se fait à une température peu élevée, et permet de l'obtenir à un état de pureté parfait.

On a reproché à ce produit obtenu par sublimation de se conserver seulement dans un air sec ; est-ce le seul sel qui exige de semblables précautions ? Quant au prix du perchlorure sublimé, M. Lebaigue prouve qu'il n'est pas aussi excessif qu'on l'a prétendu, et que la solution à 30 degrés, préparée avec ce produit, peut être livrée au public au prix de 4 francs les 500 grammes. Un dernier avantage que M. Lebaigue met en relief est de permettre aux pharmaciens qui n'ont pas un grand débit de pouvoir préparer les solutions de perchlorure instantanément, au degré de concentration qu'on leur demanderait, et en quantités aussi petites qu'il est nécessaire.

Sur une modification à la préparation de la décoction blanche.

Lorsque l'action d'un médicament est éprouvée par une longue expérience, s'il y a lieu à apporter quelques modifications à son mode de préparation, elles doivent porter seulement sur les détails, afin de conserver le plus fidèlement possible sa composition primitive. C'est ce qu'un pharmacien de Lyon, M. Tizy, vient de tenter pour la décoction blanche.

Préparé, suivant les prescriptions du Codex, avec la mie de pain, ce précieux médicament a le grave défaut de s'aigrir très-promptement, surtout l'été, époque de l'année à laquelle on a le plus souvent besoin de l'employer.

Pour parer à cet inconvénient, un grand nombre de pharmaciens substituent la gomme arabique à la mie de pain ; or, comme le fait remarquer M. Tizy, la mie de pain n'agit pas seulement ici comme émollient amylacé ; par l'acide qu'elle contient elle forme avec le carbonate de chaux de la corne de cerf calcinée un sel de chaux soluble, sel qui manque complétement dans les produits de la formule

avec la gomme. Conserver à la préparation sa composition primitive, tout en lui enlevant ses inconvénients, tel est, ajoute M. Tizy, le but que nous croyons avoir atteint par la formule suivante : Prenez les substances indiquées par le Codex (corne de cerf calcinée et porphyrisée, 8 grammes; gomme, 8 grammes; mie de pain, 24 grammes; sucre, 30 grammes); délayez-les dans 300 grammes d'eau, tenez-les au bain-marie pendant une demi-heure dans une capsule de porcelaine; ajoutez 30 grammes de sucre pulvérisé, et portez à l'étuve sur des plaques étamées jusqu'à dessiccation. Le produit solide sera pulvérisé, passé au tamis fin, et divisé en dix prises. Chaque prise, délayée dans un demi-verre d'eau, produira instantanément un demi-verre de décoction blanche de Sydenham.

Les avantages de mode opératoire sont trop évidents pour qu'il soit utile de les détailler. Il est bon, cependant, de faire remarquer que, cette poudre étant d'une conservation indéfinie, elle pourra attendre le moment de son emploi chez les personnes qui, à la campagne par exemple, sont éloignées de tout pharmacien.

Potion de Chopart modifiée.

L'observation heureuse que M. Favrot a signalée, au sujet des effets du goudron sur l'odeur et la saveur du copahu, vient de suggérer à M. Parisel l'idée de substituer cette substance au sirop de Tolu et à l'essence de menthe qui entre dans la potion de Chopart. Le succès obtenu nous engage à reproduire cette nouvelle formule, car la potion de Chopart est encore, pour un certain nombre de praticiens, en tête desquels nous devons placer M. Cullerier, la préparation antiblennorrhagique la plus efficace, et qui n'a contre elle que sa saveur repoussante. Voici les modifications proposées par M. Parisel, dans la Revue pharmaceutique du Moniteur des sciences médicales.

Pr.	Copahu	60 grammes.
	Sirop de goudron	60 grammes.
	Eau de goudron	180 grammes.
	Alcool nitrique	8 grammes.
	Gomme arabique	15 grammes.

Faites une émulsion, en battant d'abord dans un mortier le copahu et le sirop de goudron; ajoutez ensuite peu à peu l'eau de goudron. L'alcool nitrique se met dans la bouteille. Agitez.

L'odeur et la saveur sont atténuées au point de faire douter, assure M. Parisel, de la présence du copahu. Une faible odeur et non

désagréable de goudron devient dominante. L'effet diarrhéique est sensiblement diminué.

CORRESPONDANCE MÉDICALE.

Nouvel exemple témoignant de l'innocuité des corps étrangers séjournant dans les fosses nasales.

L'observation d'un corps étranger, ayant séjourné pendant treize mois dans le nez d'un enfant, citée dans le numéro du 30 mai dernier, par M. le docteur Ferrier, me rappelle un cas de même genre que j'ai rencontré dans ma pratique; quoique déjà bien ancien, puisqu'il remonte au mois de juillet 1842, je crois devoir vous le communiquer.

Un chaudronnier ambulant vint me consulter le 27 juillet 1842, et me pria de lui examiner l'intérieur du nez, où il croyait avoir quelque chose depuis longtemps. Je sondai la narine et je reconnus aussitôt la présence d'un corps dur. L'ayant saisi avec des pinces à pansement, j'amenai sans aucune difficulté un corps de six centimètres de longeur, et de trois de circonférence, qui au moment de son extraction, était plus volumineux encore, car il était enduit d'une couche assez épaisse de mucus, qui m'empêchait de reconnaître sa nature. L'ayant lavé, j'ai vu que c'était un fragment de tige de ronce garni de ses épines, et cassé en bec de flûte à l'une de ses extrémités, j'ai encore aujourd'hui ce morceau de ronce en ma possession. Cette opération ne fut nullement douloureuse, et je crois me rappeler qu'il ne s'écoula même pas de sang de la narine.

Voici maintenant le rapport qui m'a été fait, par le malade, sur la manière dont ce corps étranger a été introduit dans sa narine, et comment il a pu ne pas se douter de sa présence.

Le 8 janvier précédent, rentrant chez lui la nuit, et dans un état complet d'ivresse, il avait une haie à traverser, sur laquelle il est tombé, et dans sa chute, une ronce sèche serait entrée dans sa narine, et s'y serait brisée. Cet homme s'est relevé et a continué sa route, sans se rendre compte de ce qu'il venait d'éprouver. Le lendemain, sans rien se rappeler encore, il fut pris de fièvre et de douleurs de tête assez vives pour qu'il se vît forcé d'appeler un médecin. Celui-ci, qui ne pouvait se douter de la cause des accidents, pratiqua une saignée; les accidents cessèrent. Le malade souffrit cependant encore quelque temps, quoiqu'ayant repris son travail. Sa narine répandait une odeur très-désagréable que lui reprochaient ses camarades;

mais il n'y prit pas garde et ne fit rien jusqu'au jour où il me pria de l'examiner.

Voilà donc un corps étranger, d'un certain volume, qui est resté plus de six mois et demi dans le nez, sans que sa présence ait produit d'accidents, pas même de suppuration apparente, dont l'extraction a été des plus faciles, et n'a nécessité aucun traitement consécutif.

Cette observation vient donc à l'appui de celles déjà recueillies, et prouver un fait de plus, le peu de danger de la présence de corps étrangers dans les fosses nasales.

LEFEVRE,
Médecin à Dun-le-Roi (Cher).

BULLETIN DES HOPITAUX.

QUELQUES FAITS TÉMOIGNANT EN FAVEUR DE L'UTILITÉ DES PRÉPARATIONS FERRUGINEUSES, DANS CERTAINS CAS DE MALADIE ORGANIQUE DU COEUR. — Lorsque, guidé par l'existence d'un certain cortége de symptômes, un praticien éclairé vient à examiner, à l'aide des procédés physiques, l'état de l'organe central de la circulation, si cet examen lui révèle la présence d'une affection organique du cœur, il ne se croit pas engagé pour cela à recourir à une médication toujours uniforme, notamment à l'emploi de la digitale, agent pharmaceutique dont, nous le craignons, on invoque les propriétés dans ces sortes de cas d'une manière un peu trop banale. Ce n'est pas tout que de constater la lésion matérielle brute; il faut savoir, ce renseignement obtenu, s'élever à une vue nette des indications particulières à chaque cas, et, pour y arriver, il y a lieu de tenir compte des conditions concomitantes, afférentes soit à l'organe malade lui-même, soit à l'état constitutionnel du sujet. Ainsi, étant donnée une lésion valvulaire, rétrécissement ou insuffisance, ou l'une et l'autre à la fois, persiste-t-il un reste d'état aigu ou subaigu? y a-t-il hypertrophie, anévrisme actif, ou bien anévrisme passif, dilatation avec amincissement des parois? peut-on soupçonner un certain degré de dégénérescence graisseuse? le liquide circulant est-il altéré dans sa crase, ou présente-t-il ses propriétés physiologiques? l'ensemble de l'organisme se trouve-t-il dans un état de force et de résistance convenable ou bien d'asthénie générale? y a-t-il ou non des lésions coexistantes, siégeant dans d'autres organes, tels que le poumon, le foie, etc., et venant compliquer le cas? toutes questions de grande importance et qui réclament une solution, avant que soit

déterminée la voie dans laquelle doit s'engager le traitement.

Or, de ces conditions qui viennent d'être énumérées, il en est qui non-seulement ne se prêtent pas à des moyens débilitants, mais encore qui les excluent d'une manière formelle. Telles sont, toute trace d'acuité ayant disparu, celles résidant dans le cœur lui-même, qui rendent cet organe impropre à imprimer à la circulation une énergie suffisante, comme dans certains cas d'insuffisance, dans ceux de dilatation avec amincissement des parois; telles encore celles qui résultent de l'anémie, d'un état cachectique de l'économie tout entière. Dans ces sortes de cas, c'est un traitement tonique qui est réclamé, et en tête des moyens de cet ordre les préparations ferrugineuses.

Dans les cas que nous allons rapporter, et qui ont été empruntés au service du docteur J. Jones, on verra que, sous l'influence de ces préparations, des bruits valvulaires bien marqués sont allés en diminuant graduellement d'intensité, et, dans quelques-uns, ont fini par disparaître. Et dans la plupart de ces cas, des circonstances commémoratives (rhumatisme aigu antécédent), et les caractères de nombre, de timbre, de siége des bruits morbides, pour ne pas parler d'autres éléments d'appréciation qui pourraient entrer en ligne de compte, concourent à exclure la supposition que ces bruits fussent uniquement le résultat de l'anémie, comme on pourrait être tenté de le croire.

Nul doute, d'ailleurs, que, dans des cas où il existe positivement une affection organique du cœur, l'état du liquide sanguin ne puisse être pour une grande part dans la présence et l'intensité des bruits anormaux que l'auscultation fait percevoir au niveau de la région cardiaque. Il est permis de supposer que, lorsqu'il y a appauvrissement du sang, un faible obstacle siégeant à l'un des orifices peut être une cause efficiente pour la production d'un bruit, que ce même obstacle aurait été insuffisant à causer dans d'autres conditions du fluide circulant. N'est-il pas bien admissible également que certains bruits d'origine organique puissent disparaître par la restauration de la tonicité des parois musculaires de l'organe, alors que celui-ci, ayant recouvré la force qui lui faisait défaut, redevient apte à imprimer une énergie convenable à l'ondée sanguine?

Quelle que soit l'explication par laquelle on cherche à se rendre compte des résultats, les faits qui vont suivre, bien que les observations manquent peut-être de quelques détails précis, nécessaires pour mettre toujours le diagnostic à l'abri de toute objection, ces cas nous paraissent avoir une valeur pratique réelle, au point de vue

de l'utilité de la médication ferrugineuse dans certains cas d'affections organiques du cœur.

Obs. I. H. M***, âgé de quarante-deux ans, portefaix, homme grand et robuste, souffrant depuis longtemps de palpitations et de dyspnée, avait été en traitement dans un des grands hôpitaux de Londres, mais sans obtenir aucun soulagement. Admis comme malade externe à *Metropolitan free Hospital*, dans les premiers temps de l'année 1860, il présentait les symptômes suivants : impulsion du cœur énergique; étendue de la matité cardiaque plus considérable qu'à l'état normal; double bruit de râpe à la base, se propageant le long de l'aorte ascendante; dyspnée très-prononcée. Le 2 juin, se trouvant plus souffrant malgré le traitement employé, il entre dans les salles de l'hôpital ; la tranquillité, le repos lui ayant fait beaucoup de bien, il en sort au bout du mois sur sa demande, pour continuer le traitement chez lui. Mais bientôt il se trouve de nouveau plus mal : la dyspnée reparaît, il survient de l'œdème autour des malléoles. Le 14 juillet, sesquichlorure de fer 15 gouttes, éther chlorique 10 gouttes, infusion de quassia 30 grammes, pour une mixture à répéter trois fois par jour ; régime fortifiant ; stimulants en quantité modérée. Sous l'influence de ce traitement, amélioration continue. En janvier 1861, il peut faire de longues courses sans fatigue, sans oppression ; la santé générale est considérablement améliorée ; l'œdème a disparu ; le bruit valvulaire est beaucoup diminué d'intensité, et se trouve réduit à un souffle léger.

Obs. II. John R***, quarante-sept ans, cordonnier, admis le 28 septembre 1860 comme malade externe : il se rappelle très-nettement avoir souffert de palpitations depuis plus de vingt ans ; sa mère lui a dit qu'il en avait dès son enfance, et elle l'attribuait à une frayeur qu'elle avait eue étant enceinte de lui, et que lui avait causée son mari en état d'ivresse. Au moment de l'admission : augmentation d'étendue de la matité du cœur ; impulsion énergique ; double souffle à la base, s'étendant dans l'aorte, mais avec moins d'intensité ; dyspnée, toux fréquente , un peu d'expectoration. Teinture de perchlorure de fer dans 15 gouttes ; infusion de quassia 30 grammes, trois fois par jour. Le 30 novembre, grande amélioration de la santé, souffle considérablement diminué, nulle gêne de la respiration.

Obs. III. Elisabeth B***, admise comme malade externe, le 28 septembre 1860. Trois ans auparavant, attaque de rhumatisme aigu. Il y a deux ans, elle a été en traitement dans un hôpital pour des vomissements de sang, et on lui a dit alors pour la première fois qu'elle était atteinte d'une maladie du cœur. Etat au moment de l'admission : hémorrhagies intestinales fréquentes ; pas d'hémorrhoïdes externes ; pas d'augmentation du volume du foie ; étendue plus considérable qu'à l'état normal de la matité cardiaque ; double bruit à la base ; impulsion du cœur très-forte. Prescription : iodure de potassium, 25 centigrammes ; décoction de quinquina, 30 grammes, trois fois par jour. Le 2 novembre, nulle amélioration ; bruits

du cœur, toujours les mêmes. Teinture de sesquichlorure de fer, 15 gouttes; infusion de quassia, 30 grammes, trois fois par jour. Sous l'influence de ce traitement, amélioration notable de la santé générale; les hémorrhagies deviennent moins fréquentes et moins graves; diminution graduelle de l'intensité des bruits morbides du cœur.

Obs. IV, Sarah B***, âgée de quarante-cinq ans, habitant la campagne, admise comme malade externe le 11 décembre 1859. Antécédents : rhumatisme fébrile dans sa jeunesse. Etat au moment de l'admission : apparence forte, teint coloré, taille élevée. Double bruit rude à la base du cœur, perceptible sur le trajet de l'aorte ascendante, mais avec une intensité moindre. Ne peut prendre de l'exercice, même d'une manière modérée, sans éprouver beaucoup d'oppression. Teinture de perchlorure de fer, 15 gouttes; eau, 30 grammes, trois fois par jour. Décembre 1860 : le traitement qui vient d'être indiqué a été si avantageux, que la malade l'a continué régulièrement jusqu'à ce jour, voyant le docteur Jones à de longs intervalles. Elle peut maintenant se livrer à un exercice actif, sans éprouver ni palpitations ni dyspnée; bruits morbides du cœur, presque absolument imperceptibles. Le 22 février, ces bruits sont tout à fait disparus.

Obs. V. Charles H***, cinquante-neuf ans, malade externe. Le 22 mai 1860, au moment où il se présente à la consultation, il éprouve une grande gêne de la respiration : lèvres livides, bouffissure de la face, œdème général considérable, un peu d'albumine dans les urines, bruit systolique bien marqué à l'orifice mitral. Après un traitement préparatoire, teinture de perchlorure de fer, 15 gouttes; infusion de quassia, 30 grammes, trois fois par jour; trois fois par jour également, huile de foie de morue, 30 grammes. Ce traitement est continué avec persévérance jusqu'au 20 janvier 1861, et, à cette date, le malade se trouve bien amélioré : l'anasarque a disparu, l'urine ne contient pas d'albumine, la respiration est très-peu gênée; le bruit du cœur est à peine perceptible. Le 22 février, après la continuation des mêmes moyens, le malade dit se trouve « étonnamment bien. » Le bruit cardiaque morbide n'existe plus.

RÉPERTOIRE MÉDICAL.

Diabète. *Essai de traitement par l'emploi simultané de l'alun calciné et de l'extrait de ratanhia.* M. le docteur Demeaux vient d'adresser à l'Institut une note sur le nouveau traitement de la glycosurie. Depuis plusieurs années, dit-il, je traite cette maladie par l'extrait de ratanhia et l'alun calciné mélangés dans des proportions égales, et les résultats que j'ai obtenus m'ont encouragé à poursuivre mes essais. J'ai eu l'occasion d'observer des malades à diverses périodes de l'affection, d'autres chez lesquels la maladie présentait des degrés divers; chez presque tous j'ai remarqué que l'emploi des deux agents que je viens de signaler modifiait d'une manière no-

table les symptômes principaux. Ainsi, sous l'influence de ce traitement, j'ai vu successivement des malades parvenus à une période très-avancée, chez lesquels, après quelques jours de traitement, l'appétit était moins vorace, la soif moins intense, les urines moins abondantes et la quantité de sucre notablement diminuée. Chez plusieurs autres, où la maladie n'était pas encore suffisamment caractérisée pour permettre un diagnostic formel et précis, j'ai vu dans quelques semaines les malades recouvrer la santé.

Ces renseignements sont trop brefs pour nous permettre d'apprécier la valeur de ce traitement, et les deux seules observations que signale M. Demeaux ne suffisent pas pour légitimer ses conclusions. Nous attendrons donc le mémoire qu'il se propose de publier bientôt et dans lequel il abordera l'étude de la question avec l'étendue que réclame son importance (*Compte rendu de l'Académie des sciences*, juillet 1861.)

Enfants (*Emploi du guarana dans certaines affections intestinales des*). Le professeur Meyr a soumis à l'expérimentation le *paullinia sorbilis*, ou mieux le guarana, et dans sa pratique privée et à l'hôpital, et il l'a trouvé particulièrement efficace dans les affections inflammatoires du gros intestin, surtout dans celles de l'appareil folliculaire, caractérisées par des selles glaireuses, spumeuses, colorées en jaune; soit que cet état morbide fût le résultat d'une dyspepsie chronique, résultat du sevrage, soit qu'il eût été produit par un catarrhe de l'intestin grêle. Dans la dyssenterie et dans la diarrhée des tuberculeux, la même substance s'est encore montrée efficace, mais l'amélioration n'a été que momentanée; enfin, elle n'a paru exercer aucune influence sur la diarrhée dyspeptique, ni le catarrhe aigu de l'intestin grêle. Les petits malades soumis à cette médication ont été tenus à une diète assez sévère; on ne leur a donné que des soupes mucilagineuses et une boisson rafraîchissante prise en petite quantité.

Les résultats obtenus par M. Meyr sont identiques à ceux que nous avons consignés dans ce journal; cependant il n'ose encore tirer de conclusions définitives de ses expériences et se borne à faire remarquer que le paullinia paraît agir aussi sûrement que l'opium et offre pour la thérapeutique une ressource d'autant plus précieuse, que dans certaines circonstances on n'ose recourir aux opiacés, et que les astringents énergiques ne sont pas tolérés. Nous repoussons cette comparaison établie, par le médecin allemand, entre le paullinia et l'opium. Le paullinia agit surtout par la caféine qu'il contient; or, l'action de cet alcaloïde est antidotique de celle de l'opium. Les deux médicaments enrayent également la diarrhée, mais non par la même action thérapeutique; la composition chimique du paullinia le range plutôt dans la classe des médicaments astringents que dans celle des agents narcotiques.

Le paullinia a toujours été administré en poudre; la première dose était de 0,30, la seconde de 0,60, et la troisième de 1gr,20, à prendre dans les vingt-quatre heures. Chaque dose était divisée en six parties, auxquelles on ajoutait une quantité égale de sucre; le médicament ainsi préparé était pris avec plaisir par les enfants et très-bien supporté. Si, après trois jours d'usage de ce moyen, on n'a obtenu aucun résultat, l'auteur conseille d'en cesser l'emploi, car il n'y a plus rien à en attendre, même en le continuant très-longtemps. Nous sommes arrivé à la même conclusion que M. Meyr; ainsi, chez un jeune tuberculeux dont nous voulions combattre la diarrhée par le paullinia, nous avons donné cette substance à doses progressivement croissantes, de 1 à 10 grammes, continuées pendant un mois, sans obtenir aucun résultat. (*Allg. med. cent. zirt* et *Journ. de Bruxelles*, août.)

Hémorrhagie *consécutive à l'avulsion d'une petite dent molaire*. Une jeune fille de seize ans environ se fit extraire une petite dent molaire de la mâchoire inférieure; cette petite opération ne présenta rien d'extraordinaire et ne donna lieu à aucun écoulement de sang. Quelques heures après elle ressentit un mouvement fluxionnaire assez fort, caractérisé par une chaleur s'élevant du milieu du cou vers le point de la mâchoire inférieure d'où la dent avait été extraite, puis une hémorrhagie qui devint rapidement abondante. L'eau vinaigrée et quelques autres moyens usuels n'ayant pas réussi, on eut recours à l'emploi d'un tampon de charpie imprégné de perchlorure de fer. Au bout de trois quarts d'heure à une heure, l'écoulement sanguin fut complétement arrêté.

M. Dégranges, en rapportant ce fait à la Société de médecine de Bordeaux,

l'a accompagné de la relation des deux faits suivants, qu'il a eu l'occasion d'observer. L'un regarde un jeune homme de vingt ans, fort et robuste, qui, quelques heures après l'extraction d'une dent cariée, fut pris d'une hémorrhagie des plus rebelles contre laquelle on fut obligé d'employer en dernière ressource la cautérisation avec le fer rouge. Chez ce jeune homme, l'hémorrhagie avait été précédée et comme annoncée par la même sensation de montée sanguine arrivant du cou vers l'alvéole malade. — Le second fait a trait à une femme de soixante-cinq ans environ, qui portait un chicot carié à la mâchoire inférieure. Pendant la nuit, après une sensation semblable à celle éprouvée par la jeune fille dont il vient d'être question, une hémorrhagie se déclare, assez abondante pour remplir deux à trois grands vases de sang caillebotė. Il fallut recourir au tamponnement alvéolaire, que l'on rendit plus actif en faisant exercer une compression avec l'aide de la mâchoire supérieure, ce qui était possible ici, la dent n'ayant point été enlevée.

D'où vient, dans ces cas, l'hémorrhagie, se demande M. Dégranges ? Doit-on l'attribuer à la rupture de l'artère alvéolaire, dont les bouts peuvent se rétracter pendant l'avulsion, pour se rouvrir plus tard et laisser écouler le sang ? Cette explication, admissible pour les deux cas d'avulsion, le serait moins pour le troisième cas, à moins d'admettre qu'il y ait eu, par suite des progrès de la carie, ulcération et rupture des parois de l'artère. Une explication qui semble plus naturelle à M. Dégranges, et que nous sommes disposé à accepter avec lui, est celle d'un véritable molimen fluxionnaire produit par l'irritation locale, d'autant que dans ces trois cas l'hémorrhagie a été précédée de la même sensation et des mêmes phénomènes de montée sanguine du cou vers la région maxillaire. Cette interprétation n'a pas seulement une portée théorique, elle a également une portée pratique d'une grande importance, car elle entraîne la nécessité d'une surveillance et au besoin d'une thérapeutique plus active que celle que nécessite la simple rupture de l'artériole alvéolaire, auquel cas une simple compression momentanée suffit le plus ordinairement. (*Union méd. de la Gironde*, juin 1861.)

Hépatalgie. *Difficulté du diagnostic; traitement.* L'hépatalgie, la névralgie du foie existe-t-elle ? Y a-t-il en réalité une affection purement névropathique, une névrose douloureuse, ayant pour siége la glande hépatique, et qui, en conséquence, mérite de prendre, sous la dénomination ci-dessus, rang dans le cadre nosologique ? La question peut être posée, car tous les médecins sont loin d'en envisager la solution de la même manière. Quelques-uns nient l'existence d'une telle maladie, et voient dans tout cas dénommé *hépatalgie* un cas de colique hépatique. D'autres confondent résolument l'une avec l'autre, et des deux n'en font qu'une, considérant la colique hépatique comme une véritable névralgie du foie, comme une hépatalgie causée par la présence de calculs dans les canaux biliaires : interprétation fautive évidemment et abus de langage, puisqu'autant vaudrait, à prendre ainsi les choses, appeler névralgie de l'anus les douleurs causées par l'excrétion laborieuse de fèces volumineuses et durcies. Nous croyons avec Portal, J. Frank, M. Jolly, M. Fauconneau-Dufresne, les auteurs du *Compendium*, etc., que les nerfs du foie peuvent être affectés primitivement de douleurs comme ceux de la peau, de l'estomac ou de l'intestin, et que ces douleurs primitives constituent une maladie qui mérite d'être distinguée de toute autre par un nom dont la désinence consacrée indique le caractère, celui d'hépatalgie. Mais, cela posé, nous nous hâtons de reconnaître que le diagnostic n'en est pas toujours aisé, et qu'on ne peut guère y arriver que par voie d'exclusion. Ainsi, pour ne parler que de l'affection avec laquelle la confusion est le plus facile, il y aurait lieu de croire à la présence d'une névralgie du foie plutôt qu'à celle d'une colique hépatique, si les douleurs ne s'accompagnaient pas d'ictère, de vomissements bilieux, si surtout, après l'attaque, il n'était pas possible de trouver un ou plusieurs calculs de cholestérine dans les matières des garde-robes examinées avec soin, ces phénomènes formant habituellement le cortége de la colique hépatique. La présomption serait encore plus grande en faveur de l'hépatalgie, s'il s'agissait d'un malade à tempérament nerveux, sujet aux névralgies, ayant été atteint récemment de douleurs de ce genre, surtout si ces douleurs avaient présenté, entre autres traits, celui de changer de siége et d'en occuper suc-

cessivement plusieurs, si les douleurs hépatiques s'étaient manifestées par une sorte de métastase de ce genre, si enfin elles avaient un caractère franchement intermittent et périodique.

Ce sont de telles conditions, les unes négatives, les autres positives, qui ont engagé M. le docteur Conraux, de Thann, à diagnostiquer une hépatalgie dans un cas dont il a lu l'observation à la Société médicale du Haut-Rhin, et que nous ne rapporterons pas, ayant, dans les lignes qui précèdent, résumé les motifs qui portèrent notre confrère à envisager les choses sous le point de vue que nous avons dit. Mais nous devons ajouter que plusieurs médecins recommandables qui eurent aussi occasion de voir la malade pour lui donner, soit des soins, soit leur avis, dans une consultation, considérèrent la maladie comme résultant, les uns, d'un principe arthritique fixé sur le foie, les autres, de la présence de calculs dans les voies biliaires, montrant ainsi, par le désaccord des opinions, la difficulté du diagnostic dans les cas de ce genre.

Du reste, rappelons, en terminant, que cette difficulté n'est pas de très-grande importance relativement au traitement, puisque, dans la supposition d'une névralgie comme dans celle d'une colique hépatique, les mêmes moyens devraient être employés, à savoir les anodins sous toutes les formes, les antispasmodiques, etc., à l'exception toutefois du sulfate de quinine dans le cas de périodicité bien franchement dessinée, caractère qui se rapporte à la névralgie plutôt qu'aux calculs biliaires. (*Gaz. méd. de Strasbourg*, juillet 1861.)

Mousse de Ceylan *comme analeptique*. La mousse de Ceylan (*gracilaria lichenoïdes*), dont on fait un usage assez fréquent dans l'Inde pour faire des gelées, paraît appelée, d'après les conclusions d'un intéressant travail de M. Jules Lépine, pharmacien de la marine, à rendre de grands services aux convalescents et aux sujets anémiques en général. La quantité de matière gélatineuse ozonée que contient cette mousse en fait à la fois un aliment léger et réconfortant. La meilleure manière de l'administrer est sous forme de gelée; en tisane elle laisserait se séparer du liquide, par le refroidissement, toute la matière mucilagineuse. Pour obtenir cette gelée, on prend 60 grammes de mousse, qu'on fait tremper quinze minutes dans l'eau froide pour enlever quelques sels solubles, le sable et autres impuretés; on rejette cette eau, et la mousse est mise à bouillir pendant environ deux heures, avec quatre litres d'eau. Lorsque, par l'ébullition, l'eau s'est réduite des deux tiers, on passe avec expression, et le liquide est remis sur le feu avec 160 grammes de sucre; on laisse bouillir jusqu'à réduction d'un litre; après avoir retiré du feu et laissé reposer deux minutes, on enlève avec une cuiller la pellicule qui s'est formée à la surface, et l'on verse dans des verres où, au préalable, on a mis quelques gouttes de teinture aromatique. On obtient ainsi 11 à 1200 grammes, ou la valeur de huit verres d'une gelée très-consistante et fort agréable au goût. (*Monit. des établiss. franç. de l'Inde*, et *Gaz. hebdom.*, juill. 1861.)

Obstruction *intestinale produite par une quantité considérable d'ascarides lombricoïdes, suivie d'une mort rapide*. On sait jusqu'à quel degré de gravité peuvent s'élever quelquefois les phénomènes morbides causés par les helminthes. Voici un cas dans lequel la mort en a été la suite. Un homme, âgé de trente-huit ans, agriculteur, ayant toujours joui d'une bonne santé, sauf les incommodités que lui causait quelquefois la présence d'ascarides lombricoïdes, dont il se débarrassait en prenant deux fois par an une dose de semen-contra, omit, l'année dernière, de prendre cette précaution. Il fut pris soudain, au milieu de la nuit, de coliques circonscrites à la région ombilicale, puis de vomissements. Des fomentations chaudes sur le ventre et des lavements de tabac n'amenèrent aucune amélioration. Quelques heures plus tard, il eut cinq à six vomissements de matières intestinales, dans lesquelles se trouvaient dix-sept ascarides lombricoïdes. M. Neuffer, de Laufleur, consulté, proscrivit alors un remède anthelmintique qui fit cesser les vomissements. Vers le soir, le malade eut quatre ou cinq selles liquides teintes de sang, accompagnées d'un violent ténesme et de coliques. Le pouls devint petit et fréquent; la faiblesse fit des progrès, l'angoisse se peignit sur le visage, et le malade mourut presque sans agonie, en possession de ses facultés intellectuelles. A la nécropsie, dix-neuf heures après la mort, on trouva un grand nombre d'ascarides lombricoïdes dispersés dans l'iléon, dont la mu-

queuse était enflammée, et, dans le cœcum, un amas de ces mêmes helminthes, au nombre de soixante-sept, qui obstruait presque complètement le calibre de l'intestin.

On voit par cet exemple malheureux de quelle importance est l'indication de combattre, par les moyens appropriés et à des intervalles de temps suffisamment rapprochés, la maladie vermineuse, quand elle est portée à un pareil degré. (*Journal de médecine de Bordeaux*, juillet 1861.)

Sabine. *Son action locale.* On sait que la poudre de sabine est employée avec succès pour le traitement local des condylomes, des végétations syphilitiques, etc. On emploie aussi cette substance en Hongrie pour faire disparaître les polypes, elle est même un remède populaire contre cette affection. On prend 1 gros (3 grammes 1/2) de sabine qu'on fait bouillir pendant cinq minutes dans 3 à 4 onces (100 à 120 grammes) d'eau, et l'on touche plusieurs fois par jour le polype avec ce liquide. On l'emploie aussi sous forme de pommade ou de liniment. Le docteur Eisenmann, de Würzburg, rapporte qu'il a vu une tumeur assez volumineuse qui avait été plusieurs fois extirpée et qui toujours s'était reproduite, disparaître entièrement sous l'influence de la pommade ou liniment de Hecker, liniment formé avec le suc d'un oignon cuit sous la cendre, et une quantité suffisante de poudre de sabine. (*Archiv. für patholog. anal.* et *Gaz. méd. de Paris*, juillet 1861.)

Ténia (*Nouvel exemple de*) *expulsé par les semences de citrouille; insuccès des amandes douces.* L'analyse des semences de citrouille, que M. Saint-Martin a publiée dans ce journal, n'ayant démontré l'existence d'aucun principe particulier, quelques praticiens ont pensé que l'action de ces semences n'avait rien de spécifique et dépendait des principes albumineux et huileux contenus dans les amandes en général. M. le docteur Laserre, ayant à traiter un militaire affecté de ténia, a voulu profiter de la circonstance pour s'assurer du fait.

Le 10 juin, il a fait administrer à son malade une émulsion de 60 grammes d'amandes douces, précédée et suivie d'une bouteille d'eau de Sedlitz. La médication a provoqué six selles, mais le ténia ne parut pas influencé. Quatre jours après, la même tentative est répétée avec une pâte composée de 60 grammes de semence de citrouille et autant de sucre, précédée et suivie d'une bouteille d'eau de Sedlitz, et l'helminthe est expulsé tout pelotonné. Il présente les caractères physiques du tænia solium.

Nous ne nous rendons pas compte du motif qui a conduit notre confrère à débuter dans sa médication par l'administration d'un purgatif. C'est une pratique à ne pas imiter. Il n'en est pas de même du purgatif donné quelques heures après l'ingestion du vermicide : il a pour résultat de chasser hors du tube digestif le ténia intoxiqué par le médicament. (*Journ. de méd. de Bordeaux*, juillet 1861.)

Utérus (*Renversement complet de l'*) *après l'accouchement; réduction; absence d'accidents consécutifs.* C'est une opinion généralement admise que la réduction de la matrice, seule guérison à espérer, si elle n'est pas opérée immédiatement après la production de l'inversion, devient de plus en plus difficile par le retardement, et est bientôt absolument impossible. Il y a heureusement quelque chose d'exagéré dans la dernière partie de ce pronostic, ainsi que le prouvent un certain nombre d'exemples, la plupart assez récents, de renversements réduits au bout de plusieurs mois et même de plusieurs années. Mais si l'on comprend que certaines circonstances favorables rendent possible un pareil résultat, telles que la conservation de la souplesse des parties invaginées et du col, l'absence d'adhérence, soit entre les faces péritonéales de l'organe devenues contiguës, soit avec les viscères abdominaux, il n'en est pas moins vrai que ce sont là des conditions qu'il y a plus de chances de ne pas rencontrer. Le précepte de réduire le plus immédiatement possible après l'accident, reste donc avec toute sa valeur, et c'est là une des raisons qui obligent l'homme de l'art à examiner toujours, après l'accouchement, et avec le plus grand soin, si l'utérus forme bien dans l'hypogastre la tumeur globuleuse légitime, afin de reconnaître, entre autres choses, s'il n'existe pas, sinon un renversement complet d'emblée, dont on serait averti par d'autres signes, du moins un renversement incomplet, puisqu'il est reconnu que des inversions, d'abord légères et incomplètes, peuvent se compléter ultérieurement, avec plus ou moins de rapidité. Les cas suivants rappellent à la fois et les

causes les plus ordinaires du renversement, et la facilité avec laquelle on le réduit lorsqu'on y procède sans retard, et les moyens à employer pour en prévenir la reproduction.

Dans le premier cas, il s'agit d'une jeune femme de constitution délicate, primipare. Le placenta tardant à se détacher, la sage-femme s'occupait des soins à donner à l'enfant, lorsque, jetant par hasard les yeux sur la mère, elle la voit pâlir et s'affaiblir tout à coup. Soupçonnant une perte, elle découvre l'accouchée, et trouvant entre ses cuisses le placenta sorti spontanément, et entre les grandes lèvres un corps volumineux duquel s'écoulait du sang en grande abondance, elle s'empresse de refouler ce corps dans le vagin et d'appliquer des compresses froides. M. le docteur Herr, appelé à dix heures, trouve la malade pâle, les lèvres décolorées, dans un grand état de faiblesse, avec le pouls radial imperceptible. Après avoir débarrassé le vagin des caillots qui le remplissaient et fait une injection d'eau froide additionnée de perchlorure de fer en solution, il constate la présence dans cette cavité d'une tumeur piriforme, à grosse extrémité tournée en bas, remontant jusqu'au cul-de-sac vaginal avec lequel elle se confondait, molle, rugueuse et laissant suinter continuellement du sang; par le palper abdominal, aucune trace de l'utérus dans l'hypogastre. Sans délai, il procède à la réduction : avec les doigts réunis en cône, il presse doucement et d'une manière continue sur la partie inférieure de la tumeur, et peu à peu il la sent céder; une nouvelle injection au perchlorure de fer est faite en même temps, pour nettoyer l'utérus des caillots qui adhéraient et agir sur les vaisseaux utérins béants. Déjà l'utérus est réduit à moitié ; alors il cède assez brusquement, et la réduction s'opère d'emblée, grâce à un relâchement excessif du col. Aussitôt administration de 1 gramme de seigle ergoté pour provoquer le retrait de l'utérus, puis de demi-heure en demi-heure de quelques gouttes de perchlorure de fer pour relever les forces et aider à prévenir le retour de l'hémorrhagie. Au bout d'un quart d'heure, quelques tranchées se manifestent et la matrice revient assez promptement sur elle-même. A quatre heures du soir, l'organe était rentré dans son état normal. Les lochies s'établirent dans la nuit, la sécrétion du lait fut peu abondante et cessa bientôt. Au bout de quinze jours, la malade était rétablie. — L'examen du placenta après l'opération fit voir que la partie du cordon qui y adhérait n'avait guère que 20 centimètres, circonstance qui, réunie à l'extrême relâchement du col, expliquait l'accident dont s'était compliqué l'accouchement dans ce cas.

Dans l'autre exemple, cité par le docteur Chrétien, le renversement s'était produit par le fait de tractions, faites d'ailleurs avec précaution et sans violence, sur le cordon, pour opérer la délivrance. Sous l'influence de ces tractions le placenta, qui semblait détaché, mais qui était encore adhérent, entraîna avec lui le fond de la matrice. Notre confrère se hâta de détacher le délivre et de réduire l'utérus, ce qui se fit sans difficulté, comme dans le cas du docteur Herr. L'hémorrhagie, qui avait été effrayante, n'eut aucune suite sérieuse. (*Gaz. méd. de Strasbourg*, juillet 1861.)

Varices *de la conjonctive scléroticale; excision du paquet variqueux; cautérisation ; guérison.* Les véritables varices de la conjonctive, celles qui forment un petit paquet de veines circonscrit dans un espace restreint de la conjonctive scléroticale, sont rares. Chez les sujets affectés de kératite panniforme, on voit souvent ramper dans la profondeur de la conjonctive des veines plus ou moins dilatées; mais cet état est passager et ne constitue pas, à proprement parler, des varices, encore moins une tumeur variqueuse. D'autres fois, les veines de la conjonctive s'amplifient, en même temps qu'il se développe une affection plus grave des autres membranes de l'œil; tel était le cas du malade cité par Polletan. Au contraire, les deux faits rapportés par J. Van Roosbroeck sont des exemples bien avérés de varices idiopathiques de la conjonctive. L'observation suivante, recueillie à la clinique de M. le docteur Fano, peut servir de complément aux deux derniers cas.

Une petite fille de dix ans est présentée à la consultation de M. Fano, le 11 avril dernier. Au rapport de la mère, l'œil gauche de cet enfant s'est *recouvert de sang*, il y a trois ans. Cette congestion s'est dissipée ; mais, depuis cette époque, il est resté une petite tumeur, qui offre les caractères suivants . elle est située vers la partie inférieure et externe de la conjonctive scléroticale de l'œil gauche, non loin du cul-de-sac inférieur de la conjonctive oculo-palpébrale si bien que,

pour la découvrir tout entière, il faut faire porter l'œil très-fortement en haut et en dedans. Cette tumeur, dont la surface ressemble un peu à celle d'une framboise, est composée de quatre ou cinq petits mamelons, du volume d'un grain de millet, de couleur punaise, placés les uns à côté des autres. En exerçant sur la tumeur une compression avec la paupière inférieure, que l'on fait mouvoir de haut en bas et de bas en haut sur le globe, on la fait disparaître en grande partie, et l'on constate le déplacement d'un liquide de couleur rouge foncé, dans les vaisseaux qui partent de la petite production morbide. En faisant exécuter à l'enfant une forte expiration, la bouche et le nez fermés, on voit la tumeur se reformer presque immédiatement. L'œil est parfaitement sain d'ailleurs, l'enfant n'accuse aucun trouble de la vue. M. Fano conseilla l'usage d'une pommade au précipité rouge. Ce traitement n'ayant amené au bout de huit jours aucune modification dans la tumeur, il se décida à emporter le paquet variqueux avec l'instrument tranchant. L'enfant étant assise sur une chaise basse, la tête assujettie sur la poitrine d'un aide et les paupières convenablement écartées, l'opérateur saisit avec une pince à griffes la portion de conjonctive sous laquelle rampaient les veines dilatées et on pratiqua l'incision d'un seul coup de ciseaux. L'écoulement de sang fut insignifiant (compresses d'eau froide sur l'œil).

Le lendemain il existait un boursouflement de la portion de conjonctive voisine où l'on constatait encore quelques veines dilatées qui furent immédiatement cautérisées avec le crayon de sulfate de cuivre. Trois jours après, la conjonctive était injectée dans une partie de son étendue et offrait une ecchymose aux environs du paquet variqueux enlevé. A la place occupée précédemment par la petite tumeur se trouvaient quelques caillots sanguins très-petits (nouvelle cautérisation).

Enfin, le 29 avril, l'ecchymose conjonctivale était entièrement dissipée; toute trace de varices avait disparu : au niveau de la partie excisée se voyait un petit épaississement de la conjonctive, auquel aboutissait un vaisseau d'un assez gros calibre situé profondément et masqué par la muqueuse oculaire épaissie. Une petite ligne blanchâtre, appréciable seulement lorsqu'on faisait porter le globe fortement en haut, indiquait le lieu de l'opération. (*Moniteur des sciences*, juillet 1861.)

VARIÉTÉS.

Des mamelons artificiels [1].

Par M. le docteur J. Duval.

Liége. — M. Darbo (1833) a eu l'heureuse idée d'employer le liége pour la composition du mamelon artificiel; de plus, il a modifié ces appareils d'une façon très-ingénieuse et très-heureuse.

Les mamelons artificiels en liége de M. Darbo appartiennent tous à ce que j'ai appelé le second modèle de ces instruments, c'est-à-dire que le godet est surmonté d'un cône qui renferme le mamelon de la mère, et qui est percé d'une petite ouverture communiquant avec la cavité du mamelon artificiel. Mais, dans les mamelons de M. Darbo, cette cavité est traversée par un petit tube en ivoire qui, partant de l'ouverture centrale du godet, va aboutir à l'extrémité du mamelon en liége; par ce moyen, la cavité du mamelon artificiel est de beaucoup diminuée, et l'espace dans lequel l'enfant avait à faire le vide est réduit aussi à peu de chose. De plus, M. Darbo, laisse entre les parois de son mamelon et ce petit conduit, un vide augmentant l'élasticité et la souplesse du liége, qui se prête ainsi parfaitement à la succion.

Ce mamelon artificiel est un des meilleurs, pour ne pas dire le meilleur, que je connaisse. D'un contact très-doux pour la bouche de l'enfant, joignant une certaine fermeté à la souplesse et à l'élasticité, il permet au nourrisson de le mordre, de le presser entre ses gencives, sans blesser celles-ci et sans interrompre le cours du lait; tout à fait inodore, il ne répugne en rien à l'enfant. Plusieurs personnes qui s'en sont servies m'en ont fait les plus grands éloges.

[1] Suite. — Voir les livraisons précédentes, p. 45 et 91.

Ces mamelons exigent aussi de grands soins de propreté, et malheureusement ils présentent, sous ce rapport, un défaut auquel il est difficile de remédier. Le liége s'imbibe facilement de lait et de salive; ce mélange s'aigrit très-vite, et le mamelon sent bientôt mauvais. Il n'y a qu'un moyen de remédier à cela, c'est de changer le liége, ce qui est très-facile; le mamelon en liége est fixé au godet par une virole en bois, ce qui permet de l'enlever et de le replacer avec la plus grande facilité.

Sans cet inconvénient, ces mamelons n'auraient aucun défaut; ils sont néanmoins, à mon avis, préférables à ceux en tétine de vache.

Ivoire. — L'ivoire, qui n'avait encore servi qu'à faire des godets ou des bouts de sein, a été employé (1840), par M. Charrière, fabricant d'instruments de chirurgie à Paris, pour faire des mamelons artificiels.

Afin de donner à ce corps la flexibilité et la mollesse exigées pour qu'il fût propre à cet usage, M. Charrière, après avoir taillé dans la substance les mamelons artificiels, les fait ramollir dans de l'acide chlorhydrique étendu d'eau. On a ainsi un mamelon artificiel, qui, quand il est sec, a une couleur jaunâtre, un aspect gélatineux, et qui est dur et corné; mais, lorsqu'on le fait tremper dans de l'eau froide (pendant une demi-heure au moins), il se ramollit, se gonfle, reprend sa couleur blanche, et devient mou et flexible. Ces mamelons sont peu corruptibles et assez durables; ils offrent à la bouche de l'enfant une substance assez élastique pour n'être point aplatie, et assez dure pour n'être pas entamée ni brisée pendant l'allaitement. Pour s'en servir, il suffit, comme je l'ai dit, de les faire tremper dans l'eau froide pendant au moins une demi-heure. Il est facile de les nettoyer sans les démonter, en les agitant seulement dans un peu d'eau froide, ce qui suffit pour en conserver la propreté, et les empêcher de contracter ni goût ni odeur nuisible ou désagréable. Pour entretenir la flexibilité de l'ivoire, il suffit de le préserver du contact de l'air, soit en plaçant le mamelon sous un verre, soit en l'entourant d'un linge humide.

Cependant les mamelons artificiels de M. Charrière, malgré les avantages incontestables qu'ils présentent, ne sont pas préférables aux mamelons en liége de M. Darbo, qui offrent quelque chose de plus doux à la pression des gencives de l'enfant.

Caoutchouc. — L'emploi du caoutchouc pour la confection des mamelons artificiels remonterait, d'après Deneux (p. 32), à 1811, et ce serait M. Martin (Lyon) qui le premier aurait proposé de faire servir cette substance à cet usage.

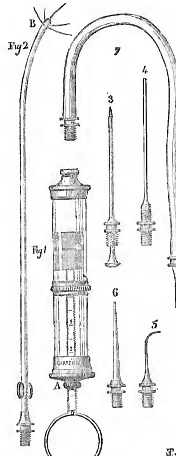
On trouve maintenant des mamelons artificiels, qui sont, soit tout en caoutchouc vulcanisé et d'une seule pièce, soit faits de deux pièces; le mamelon en caoutchouc étant monté sur un godet en buis. Ceux qui sont faits d'une seule pièce, et chez lesquels par conséquent le godet est également en caoutchouc, offrent un grand inconvénient; ce godet mou et flexible, et au moyen duquel on maintient l'instrument appliqué contre la mamelle, ne peut pas préserver l'auréole malade de la pression exercée forcément et par les doigts de la mère, et par la bouche de l'enfant.

Un inconvénient analogue se présente, du reste, pour le mamelon lui-même; il est trop flexible, et n'empêche pas l'enfant de mordre le mamelon de la mère. Il est vrai qu'on pourrait le faire à parois très-épaisses et éviter ainsi ce défaut; mais, indépendamment de cela, le mamelon en caoutchouc conserve toujours une odeur marquée qui répugne fortement au nourrisson. Il est donc moins bon que les précédents.

Il existe sans doute encore bon nombre de mamelons artificiels, tous plus ou moins bien faits. J'ai parlé des plus répandus, et je prie les inventeurs de ceux que je n'ai pas cités de ne pas m'en vouloir. Mon intention n'était pas en effet de faire l'histoire ou la nomenclature complète de ces appareils, pas plus que de prôner les uns au détriment des autres.

J'ai seulement voulu donner quelques renseignements sur ces instruments et sur la manière de s'en servir. Un praticien éloigné des grands centres, et dans une ville où ne se trouve pas un fabricant d'instruments de chirurgie, est souvent très-embarrassé, et arrêté par ces petits détails, sur lesquels nos livres classiques se taisent, à tort je crois. J'ai donc cru qu'il ne serait pas inutile de fournir au médecin quelques renseignements qui le missent à même de faire un choix parmi ces petits appareils, et qui lui permissent d'indiquer aux mères la manière de les employer pour leur soulagement.

Nouveau modèle de seringue pour injections médicamenteuses.



M. J. Charrière vient de présenter à l'Académie une seringue à injection de perchlorure de fer, de sulfate d'atropine à injection des points lacrymaux, modifiée de la manière la plus avantageuse.

On sait que la seringue de Pravaz est construite de telle façon que la quantité de liquide versée au dehors est déterminée par le nombre de tours que l'on imprime au piston.

Dans le nouvel instrument, une des faces est aplatie et graduée A (fig. 1); de plus, il porte un écrou curseur vissé sur toute la longueur de la tige du piston. On peut ainsi injecter la quantité de liquide que l'on juge convenable, en fixant le curseur exactement au point où l'on veut arrêter le piston; avec cet appareil, on peut faire les injections aussi lentement et aussi rapidement qu'il est utile, au moyen de la canule B (fig. 2), tandis qu'avec la seringue Pravaz, on était toujours forcé de procéder avec une lenteur qui, dans quelques cas, était préjudiciable; (fig. 3) canule et trocart de Pravaz, (fig. 4) canule interne que l'on monte sur la seringue chargée à l'avance afin d'éviter l'introduction de l'air, (fig. 5) canule à injection des points lacrymaux, (fig. 6) canule ordinaire à vis externe (modèle Charrière), (fig. 7) tuyau intermédiaire pour pratiquer des injections avec plus de facilité et sans qu'il soit à craindre de déranger la canule.

Ces canules peuvent se monter sur un irrigateur Éguisier, et l'on évite ainsi l'emploi d'un appareil spécial.

F.

Rien encore de moins fixe que la jurisprudence en ce qui concerne les ventes de clientèles médicales. La Chambre des requêtes de la Cour de cassation vient de rendre un arrêt qui tend à reconnaître la validité de ces conventions. Voici à quelle occasion cet arrêt a été rendu. M. Lombard avait vendu sa clientèle à M. Bayard, en s'interdisant de pratiquer la médecine dans un rayon déterminé. Cette clause n'ayant pas été rigoureusement observée par M. Lombard, il en résulta un procès et un arrêt de la Cour d'Orléans, qui déclara valable la convention intervenue entre les contractants et interdit à Lombard d'exercer la médecine dans le rayon déterminé par ladite convention. En suite du pourvoi de M. Lombard en cassation, la Chambre des requêtes a rendu l'arrêt suivant : « Attendu qu'il est constaté par l'arrêt attaqué que l'objet principal et même exclusif du contrat dont il s'agit était l'interdiction de l'exercice de la médecine par Lombard, dans un rayon déterminé, ce qui était proposé par celui-ci et accepté par Bayard; — Attendu que, d'une part, l'arrêt attaqué, en jugeant ainsi, n'a fait qu'interpréter, comme il en avait le droit, la convention intervenue entre les parties; que, de l'autre, une pareille convention n'a

rien d'illicite, puisqu'elle n'empêche l'exercice de la profession de médecin par Lombard que dans une localité déterminée, et qu'elle n'est prohibée par aucune disposition de la loi ; — Rejette le pourvoi. »

Les sages-femmes et les médecins sont-ils obligés de faire la déclaration de tous les avortements auxquels ils assistent ? Dans le cas de la négative, dans quel cas cette déclaration est-elle obligatoire ? Telle est la question que résout le jugement du tribunal de Tours, et que, pour cette raison, nous croyons devoir placer sous les yeux de nos lecteurs. Ils verront que la solution adoptée par les juges est qu'il n'y a *enfant* civilement né seulement qu'après le 180e jour, c'est-à-dire, alors que le fœtus est viable.

Voici le résumé succinct de cette affaire et du jugement intervenu :

Le 23 mai 1861, M. le commissaire de police était averti qu'une femme P*** était récemment accouchée de deux enfants jumeaux dont la naissance n'avait pas été déclarée, et qui avaient dû être inhumés dans le jardin de la maison habitée par cette femme.

Il s'empressa de prendre des renseignements, et il apprit qu'en effet la personne qui lui avait été signalée par des femmes de son voisinage était accouchée le 7 mars, en présence d'une sage-femme, de deux fœtus qui n'avaient pas été déclarés, et dont l'inhumation avait eu lieu dans l'endroit indiqué. Il dressa procès-verbal, après avoir entendu plusieurs témoins, de la déclaration desquels il semblait résulter que les deux fœtus étaient arrivés à un tel degré de développement que leur disparition pouvait être considérée comme un moyen de cacher un crime imputable aux époux P*** et à la sage-femme.

Une information fut commencée sur ces données ; mais il resta tant d'incertitude sur l'état des fœtus qu'on ne put retrouver, et les témoins furent si peu d'accord entre eux à cet égard, qu'on se borna à renvoyer les époux P***, la sage femme, la femme B*** en police correctionnelle, sous la prévention de défaut de déclaration de naissance et d'inhumation sans autorisation.

A l'audience, un fait d'une grande importance est venu jeter une vive lumière sur certains points qui étaient restés obscurs. La sage-femme a déclaré, que les fœtus ne pouvaient avoir plus de quatre mois ou quatre mois et demi, parce que la femme P*** était accouchée le 10 septembre 1860, circonstance qui était jusqu'alors restée ignorée, et qu'il était impossible d'admettre qu'elle eût pu concevoir avant l'expiration de trente ou quarante jours. A l'appui de cette déclaration, elle a représenté un certicat émanant du chef du bureau de l'état civil.

Ce document était de nature à préciser l'époque de la conception qui était demeurée incertaine dans l'information. Deux docteurs, MM. Agguzzoli et Giraudet, ont été entendus et ont, en effet, déclaré que, si la femme P*** était accouchée le 10 septembre, il n'était guère possible d'admettre qu'elle eût pu concevoir à nouveau avant un mois ou six semaines, et que, dans cette hypothèse, les fœtus avaient dû être expulsés à quatre mois ou quatre mois et demi. Ils ont ajouté qu'à cet âge ils ne pouvaient avoir atteint un degré de développement suffisant pour vivre.

Le tribunal, après avoir entendu M. Perrot, substitut, et M. Charles Sellier, avocat des prévenus, a rendu le jugement suivant :

« En ce qui touche le défaut de déclaration de naissance imputé à P*** et à la femme B*** ;

« Attendu qu'il résulte de l'information et du débat, notamment de la déclaration des docteurs Agguzzoli et Guiraudet, que si la femme P*** est accouchée le 7 mars dernier, cette fausse couche n'a été que l'expulsion de deux fœtus dont la conception ne pouvait remonter au delà de quatre mois à quatre mois et demi ; qu'ainsi ils n'avaient aucune des conditions médicales ou légales qui permettaient de les considérer comme nés viables, et de leur attribuer la qualification d'enfant ;

« Attendu que l'article 56 du Code Napoléon n'impose l'obligation de la déclaration de naissance que d'un enfant né ou mort-né, c'est-à-dire réputé légalement viable ou tout au moins venu à terme légal ; que l'article 346 du Code pénal ne punit que ceux qui ont manqué aux prescriptions de l'article 56 ;

« Que P*** et la femme B*** n'étaient donc pas tenus de déclarer la naissance

de fœtus informes dont la femme P*** venait de faire une fausse couche;

« En ce qui touche l'inhumation sans autorisation :

« Attendu que, l'article 358 du Code pénal défend de procéder sans autorisation à l'inhumation d'un individu décédé;

« Que cette disposition ne s'applique point au fait reproché aux prévenus, puisque le produit de la fausse couche de la femme P*** ne constitue point un individu et encore moins un décès;

« Attendu que, s'il eût été de sage prudence de s'adresser à l'administration, qui eût pu faire vérifier la nature de la fausse couche, au lieu d'en prendre sur soi la responsabilité, ce défaut de réserve et de prudence ne peut constituer les infractions punies par la loi;

« Par ces motifs, renvoie les prévenus de la plainte portée contre eux, sans dépens. »

Le directeur de l'Assistance publique a nommé une Commission dans le but important d'étudier les causes de la mortalité des nouveau-nés déposés à l'hospice des Enfants-Assistés, et les moyens de la prévenir. Cette Commission devra aussi chercher les moyens propres à prévenir ou à empêcher le développement des affections syphilitiques qui se manifestent si fréquemment, soit chez les enfants assistés, soit chez les enfants présentés à la Direction municipale des Nourrices. Cette Commission se compose de MM. Cullerier, chirurgien de l'hôpital du Midi, *président*; Véc, chef de division, *vice-président*; Guersant, chirurgien honoraire des hôpitaux; Danyau, professeur à l'Ecole d'accouchement; Bouchut, médecin à l'hôpital Sainte-Eugénie; Depaul, chirurgien de l'hospice des Enfants-Assistés; Hervieux, médecin du Bureau central; Giraldès, chirurgien de l'hôpital des Enfants-Malades; Malice, médecin de la Direction des nourrices; le directeur de l'hospice des Enfants-Assistés; le directeur de la Maison d'accouchement; le chef du bureau des Enfants-Assistés, *secrétaire*.

L'administration de l'assistance publique de Paris vient de fonder sur la plage de Berck (Pas-de-Calais) un hôpital de cent lits pour le traitement des enfants scrofuleux provenant de ses hôpitaux.

Cet établissement, unique dans son genre sur les côtes de France, commencé il y a trois mois à peine, est aujourd'hui terminé!

Ces enfants, confiés aux soins des Sœurs franciscaines de Calais, y sont installés depuis quelques jours dans les meilleures conditions. Chacun d'eux, avant son départ, a été l'objet d'un examen attentif, et a donné lieu à une notice d'observations rédigée par les médecins compétents des hôpitaux de Paris. Toutes les circonstances du traitement, les effets de la vie à la mer et des bains salés sur l'économie des jeunes malades, seront décrits dans une seconde notice qui accompagnera chaque enfant à son retour à l'hôpital de Paris, où il sera examiné de nouveau.

L'administration sera ainsi mise à même de juger en parfaite connaissance la valeur thérapeutique des nouveaux moyens qu'elle vient de mettre à la disposition de ses médecins, et qui n'avaient encore été essayés chez nous que sur une échelle trop restreinte, hors des conditions régulières d'une installation véritablement médicale.

Par suite du décès de M. le docteur Busquet, les mutations suivantes ont eu lieu dans le personnel médical d'Avignon. M. le docteur Cassin a été nommé chirurgien en chef de l'hôpital Sainte-Marthe, M. le docteur Villars, médecin en chef du même hôpital, et M. le docteur Michel, notre ancien collaborateur, médecin en chef de l'hospice Saint-Louis, tout en conservant les fonctions de médecin en chef de l'hospice Sixte-Isnard, qu'il exerce depuis plusieurs années. Ces choix ne pouvaient qu'être parfaitement accueillis.

Le concours du bureau central des hôpitaux de Paris s'est terminé par la nomination de MM. Vidal, Laboulbène et Chauffard.

Pour les articles non signés, E. DEBOUT.

THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE.

Note sur le remplacement de l'huile de morue par la crème de lait dans le cas de répugnance invincible pour le premier de ces médicaments.

Par M. le docteur Fonssagrives, médecin en chef de la marine.

L'administration de l'huile de morue, malgré tous les artifices que l'on a imaginés pour en masquer l'odeur et le goût, rencontre souvent dans la pratique des difficultés insurmontables, précisément chez les enfants, et on se trouve ainsi privé d'une ressource bien précieuse. La théorie, à coup sûr très-vraisemblable, qui attribue les bons effets des huiles animales bien plus à leur qualité de matières grasses qu'aux proportions infinitésimales d'iode qu'elles renferment, a inspiré l'idée de leur substituer certains corps gras, tels que le beurre, par exemple, et des observateurs recommandables ont reconnu à cette substance des propriétés très-analogues à celles des huiles de poisson. Malheureusement, pour qu'elle soit utile, il faut en donner des quantités notables, auxquelles l'estomac et le goût d'un grand nombre de malades ne tardent pas à répugner. Il y a quelque temps, placé en face d'une de ces impossibilités dont nous parlions tout à l'heure, nous songions au moyen de la tourner, lorsqu'une personne très-intelligente et familiarisée avec les habitudes de la vie anglaise, nous parla de l'usage fréquent qui se fait, de l'autre côté de la Manche, de la crème fraîche de lait comme succédané de l'huile de morue. Un très-grand nombre de phthisiques sont soumis à ce régime, et y trouvent les éléments d'une réparation très-efficace. Il y a plus : des établissements spéciaux ont été créés dans quelques points méridionaux de l'Angleterre renommés pour la douceur de leur climat et la richesse de leurs pâturages, et les poitrinaires y affluent. La crème leur est donnée pure ou mélangée à une certaine quantité de rhum quand elle se digère difficilement, et la dose en est fixée par les limites de la tolérance de leur estomac. Je songeai à tirer parti de ce fait, et je viens de recueillir deux observations qui me paraissent fort encourageantes.

Dans la première, il s'agissait d'un enfant de onze à douze ans, très-émacié et portant un épanchement pleural chronique, d'origine tuberculeuse. L'huile de morue était prise avec un dégoût extrême et émoussait l'appétit. La crème, prise à la dose de quatre cuillerées à

bouche par jour, passa au contraire à merveille, et au bout de quelques mois un changement des plus favorables s'était opéré dans l'état général : l'embonpoint était revenu, les chairs avaient pris du coloris et de la fermeté, et les ressources de l'économie ainsi remontée avaient suffi à la résorption de l'épanchement.

Presque en même temps, nous étions appelé en consultation auprès d'une petite fille de huit ans dont les deux poumons étaient en plein travail de ramollissement tuberculeux; une caverne considérable existait à droite; l'amaigrissement touchait au marasme; les fonctions digestives s'exécutaient mal, il y avait manque absolu d'appétit; la fièvre était permanente; il existait des sueurs colliquatives. Je prescrivis quatre cuillerées de crème par jour, et je la laissai, convaincu qu'elle durerait à peine quelques semaines. Qu'on juge de mon étonnement quand je la revis hier, c'est-à-dire quatre mois après, dans un état relativement satisfaisant : l'amaigrissement a à peu près disparu, la caverne s'est vidée et est revenue sur elle-même, et malgré la persistance de râle cavernuleux abondant sous la clavicule gauche, il est certain qu'elle est dans un état inespéré. Je n'ai pas la naïveté de faire à cet aliment tout l'honneur de cette résurrection; mais je n'hésite cependant pas à affirmer que la crème a donné ici tout ce qu'on peut attendre de l'huile de morue dans le cas où elle réussit le mieux.

Attendre de nouveaux faits pour répandre un moyen si peu mystérieux et dont l'efficacité s'explique si aisément, m'a paru tout à fait inutile, et je puis dès aujourd'hui signaler avec confiance cette ressource aux praticiens.

La crème, comme les aliments gras, ne se digère bien qu'à la condition d'être relevée par un condiment; le sucre est le mieux adapté aux besoins comme au goût des enfants ; on augmenterait encore sa digestibilité par l'addition d'une petite quantité de vanille ; peut-être enfin la crème serait-elle un passe-port agréable pour d'assez fortes doses de ce sel marin si souvent recommandé aux phthisiques, et dans l'utilité duquel j'ai une certaine confiance. Quant à l'association du rhum et de la crème, c'est une idée toute britannique et que nous signalons sans la patronner. Disons qu'on peut pousser les doses de crème bien au delà de celles de l'huile de morue, et arriver par suite à produire une restauration organique plus rapide.

De la douleur dans le zona au point de vue thérapeutique,

Par M. le docteur Chausit, ancien interne de l'hôpital Saint-Louis, membre de la Société de médecine de Paris.

Un des symptômes les plus remarquables de l'inflammation vésiculeuse de la peau, décrite sous le nom de *zona*, est sans contredit la douleur qui précède ou accompagne le développement de l'éruption et lui survit même dans quelques cas. Très-variable quant à sa marche, à son intensité, à sa durée, et même à son expression phénoménique, cette douleur est souvent vive, lancinante, quelquefois excessive, au point de devenir insupportable. Aussi, les observateurs se sont-ils préoccupés à juste titre de ce symptôme, dont la nature est encore inexpliquée et qui soulevait pour eux une question extrêmement intéressante au point de vue pratique.

Ainsi, on a été amené, en se fondant sur certaines analogies, à se demander s'il ne serait pas possible, à l'aide d'un traitement préventif ou abortif, non-seulement d'enrayer à son début le phénomène dont nous nous occupons, mais d'en empêcher le développement et de garantir les malades des douleurs consécutives, heureusement fort rares, qui succèdent au zona et qui sont toujours très-pénibles. Dans ce but, on a essayé diverses médications plus ou moins actives, mais qui auraient toutes, s'il faut s'en rapporter aux dires des expérimentateurs, donné des résultats très-satisfaisants. C'est ainsi qu'on a conseillé les cautérisations superficielles, les frictions rudes, l'application de vésicatoires au début de l'apparition des groupes vésiculeux. Tout récemment, M. Hervez de Chégoin a publié dans l'Union médicale (le 17 janvier 1861) une note où il conseille l'application de vésicatoires volants sur les groupes vésiculeux du zona, dans le double but d'enrayer la douleur initiale et de prévenir la douleur consécutive.

Nous n'entendons nullement contester les faits cités à l'appui de ces essais thérapeutiques, en ce sens qu'on aurait réellement constaté l'absence de toute douleur concomitante ou consécutive chez les malades qui, atteints de zona, ont été soumis, dès le commencement de l'éruption, à l'une des méthodes abortives que nous venons de signaler.

Mais peut-on se croire autorisé à dire que l'on a, à l'aide de ce moyen, fait avorter la douleur au début, et surtout qu'on l'a empêchée de se développer après la guérison de la maladie vésiculeuse. C'est ce qu'il nous semble impossible d'admettre, dans les conditions où l'on s'est placé en essayant les médications prétendues abortives. Nous allons plus loin, et nous disons qu'on est en droit

de se demander, au nom de l'observation clinique, si l'on n'a pas attribué à l'influence du traitement la disparition ou l'absence d'un symptôme qui devait, soit cesser naturellement, soit ne pas se manifester.

Pour déterminer exactement la valeur des diverses médications proposées, et sous peine de se laisser entraîner à des illusions regrettables, il faut étudier ces méthodes de traitement, non pas au point de vue de résultats négatifs d'une interprétation équivoque, parce qu'ils sont purement hypothétiques, mais dans leurs rapports d'observation clinique avec la marche habituelle de la maladie contre laquelle on les emploie. Pour mieux faire comprendre ma pensée, qu'il me soit permis d'invoquer ici quelques exemples qui pourront servir à démontrer tout l'intérêt de la question au point de vue et de la pathologie, et des applications qu'elle trouve journellement dans la pratique.

Ainsi, en écrivant l'histoire de l'*acné atrophique*, affection très-curieuse et encore peu connue, nous avons eu occasion d'établir, à l'aide de faits nombreux et concordants, que la cicatrice par laquelle se termine constamment la maladie, est, quel qu'ait été d'ailleurs le traitement employé jusqu'ici, le résultat fatal et nécessaire de l'atrophie des glandes sébacées, dont les diverses périodes d'évolution ont une durée assez bien déterminée. Et pourtant, faute de bien connaître la marche régulière et progressive de cette destruction glandulaire, on pourrait se croire autorisé à faire honneur du résultat obtenu à l'emploi des topiques plus ou moins habilement et énergiquement essayés dans ce cas.

Plus récemment, dans un mémoire sur le sycosis, nous avons démontré, toujours à l'aide de l'observation clinique, le degré de confiance qu'il convient d'accorder à certaines médications héroïques, auxquelles on a attribué une efficacité extraordinaire. Nous avons pu, entre autres, réduire à leur juste valeur les effets presque merveilleux produits, disait-on, par l'épilation ou par l'emploi de l'iodure de chlorure mercureux dans le traitement du sycosis tuberculeux. Il a suffi pour cela d'établir cette vérité d'observation clinique, que, dans la presque généralité des cas, cette forme particulière de la mentagre guérit complétement par le seul emploi des topiques émollients, et même dans une période de temps moins longue que par l'usage de ces médications tant préconisées comme une panacée universelle.

Nous aurions pu multiplier ces exemples; mais ceux que nous venons de citer suffisent pour justifier l'importance du point de vue

où nous jugeons utile de nous placer pour apprécier sainement les médications abortives ou préventives proposées contre la douleur dans le zona.

De ce que ce phénomène n'aura point paru ou aura cessé à la suite de l'emploi de ces moyens, on ne saurait être autorisé, nous le répétons, à conclure que c'est le remède qui en a prévenu ou enrayé le développement.

Pour se convaincre de la vérité de cette proposition, il faut suivre la marche que nous venons d'indiquer, et avoir soin, avant de préjuger l'action de tel ou tel traitement local, de bien déterminer le rôle que joue la douleur dans la maladie qui nous occupe. C'est ce que nous allons essayer de faire en nous appuyant sur l'autorité des faits cliniques, seul guide qui puisse conduire à une solution rationnelle et positive.

La douleur est sans doute un symptôme fréquent, pour ainsi dire habituel, du zona. Mais elle n'existe pas de toute nécessité, et d'ailleurs elle n'affecte aucune régularité quant à son caractère, à sa marche, à l'époque de son apparition et de sa disparition. Nous avons recueilli, soit à l'hôpital Saint-Louis, soit à notre dispensaire, un grand nombre de faits de zona, et leur étude nous a conduit à formuler les propositions suivantes, qui nous semblent résumer complétement la question.

1° La douleur n'existe pas nécessairement. Elle peut manquer. C'est là une exception, si l'on veut, mais le fait n'en est pas moins incontestablement démontré par l'observation. Dans ce cas, le zona parcourt toutes ses phases et se termine sans être précédé, accompagné ou suivi d'aucune douleur proprement dite. A part une sensation plus ou moins vive de chaleur et de cuisson qui se manifeste au début de la maladie, et qui est causée par l'inflammation vésiculeuse, on ne signale rien de remarquable. Il faut ajouter, en outre, que ce phénomène n'a rien de particulier et qu'on l'observe dans la plupart des éruptions aiguës.

Il est bien évident toutefois que, si, dans ce cas, on combat le zona par un traitement abortif ou préventif, on se ménagera le facile triomphe de récolter une ample moisson de faits favorables. Mais, comme il est acquis à l'observation que la sensation de chaleur ou de cuisson qui accompagne alors le zona aurait, dans tous les cas, disparu avec l'éruption ou avant elle, il est bien certain aussi qu'on ne peut pas être admis à invoquer de tels faits pour établir l'efficacité d'un mode de traitement dont le moindre tort est d'être inutile.

C'est ce que prouve l'observation suivante :

Obs. I. Le 14 juin 1847, est entré, salle Henri IV, hôpital Saint-Louis, service de M. Cazenave, le nommé S*** (Auguste), âgé de dix-huit ans, chapelier. Ce jeune homme est blond, il a la peau fine et blanche ; sa santé est parfaite ; il ne se rappelle pas avoir jamais été atteint d'une maladie grave. Pas d'affection cutanée antérieure.

Il y a quinze jours, il fit une seule friction d'onguent mercuriel, pour se débarrasser des *pediculi pubis* qui le tourmentaient depuis longtemps. Quatre jours après il ressentit des picotements, des démangeaisons ; une plaque rouge se montra sur la partie gauche du pubis ; des boutons s'élevèrent sur cette plaque. Les lotions d'eau de guimauve qu'il fit, loin de calmer les douleurs, semblaient, au contraire, les rendre plus vives. Le surlendemain il vit d'autres plaques rouges se développer à la partie supérieure de la cuisse gauche et dans la région lombaire.

Au moment de son admission à l'hôpital, Auguste est dans l'état suivant : toute la partie gauche du pubis et la région inguinale, dans une étendue de 8 à 10 centimètres environ, offre une surface rouge, encore assez animée, sur laquelle on voit de petites croûtes minces, jaunâtres, bien séparées les unes des autres, présentant, les plus grosses, les dimensions d'un pois et provenant, sans nul doute, de la dessiccation des vésicules. Trois autres plaques, mais à dimensions plus petites, existent, la première au tiers supérieur et interne de la cuisse, la seconde à sa face externe, et la troisième à la région lombaire, un peu en dehors de l'épine iliaque antérieure et supérieure; ces plaques présentent, dans leur disposition générale, un arc à concavité supérieure. Chacune d'elles est composée de dix à quinze vésicules dans leurs diverses phases d'évolution, depuis leur période d'état, où elles sont encore intactes et remplies de sérosité, jusqu'à leur dessiccation entière.

Le malade se plaint d'éprouver de l'ardeur, des cuissons encore assez vives, mais qui n'ont pas augmenté depuis une huitaine de jours. Santé générale bonne.

Le diagnostic ne peut être douteux. Ces plaques séparées entre elles par des intervalles où la peau est saine, disposées sur le côté gauche du corps de manière à ne pas dépasser la ligne médiane, ni en avant, ni en arrière, et composées de vésicules groupées ; ces plaques, disons-nous, constituent une variété d'herpès, dont la disposition constante en demi-ceinture lui a valu le nom de *zona* ou *zoster*.

Prescription. — Tisane de limonade tartrique ; on saupoudre les plaques avec un peu d'amidon, sur lequel on applique un papier brouillard imbibé d'huile.

Ce mélange ne tarde pas à former une espèce de mastic léger non irritant, mais assez compacte pour préserver les vésicules de leur déchirure ou les croûtes de leur arrachement. Ce moyen, si simple en apparence, réussit dans la plupart des cas ; il n'offre pas les inconvénients des médications généralement usitées, qui ont presque toutes pour résultat d'exaspérer les douleurs ou d'entretenir une

irritation déjà assez vive. Aussi, après avoir constaté l'inefficacité et les inconvénients de toutes ces méthodes, M. Cazenave se borne à mettre en usage le moyen dont nous venons de parler, à moins que les douleurs concomitantes du zona ne soient d'une acuïté, telle que l'emploi d'autres agents ne devienne utile et légitime.

Le 25 juin, les croûtes desséchées sont tombées ; à peine si les plaques présentent encore des traces de leur rougeur primitive ; les douleurs sont nulles ; le malade prend un bain simple pour nettoyer complétement les surfaces. Il est entièrement guéri et sort de l'hôpital le 27 juin.

2° Dans d'autres cas, et ceux-là sont à beaucoup près les plus fréquents, le zona est précédé, accompagné de phénomènes généraux, de divers troubles fonctionnels, de malaise, de courbature, de céphalalgie, d'un appareil fébrile plus ou moins dessiné ; quelquefois même il semble procéder à la manière des fièvres éruptives. Les phénomènes généraux sont souvent intenses ; la douleur est plus accentuée, et se présente avec un ensemble de caractères plus particuliers au zona, si l'on peut s'exprimer ainsi. Elle est vive, lancinante, pongitive et accompagnée d'endolorissement, avec une sensation de brûlure mordicante quelquefois très-pénible. Mais, à mesure que l'éruption se développe, tout rentre peu à peu dans l'ordre. Les symptômes généraux s'amendent et disparaissent ; la douleur diminue chaque jour et cesse pour ne plus revenir. Quand le zona se présente avec ces caractères, on pourrait encore, si l'on avait appliqué un traitement dit abortif, croire que la disparition de la douleur est le résultat de la médication employée. Ce serait une erreur, car elle ne constitue, à vrai dire, qu'un fait naturel qui aurait eu lieu bien certainement si l'on s'était borné à conseiller les moyens ordinaires. Les observations suivantes nous semblent démontrer complétement la vérité de cette proposition.

Obs. II. Le 12 novembre 1850 est entré, salle Napoléon, hôpital Saint-Louis, service de M. Cazenave, le nommé D*** (Etienne), âgé de trente-trois ans, garçon boucher, non marié, atteint d'une éruption dont le siége est à la face, et qui a débuté il y a trois jours.

Ce jeune homme est blond, la peau est fine ; d'un tempérament lymphatico-sanguin, il jouit, en général, d'une bonne santé. C'est pour la première fois qu'il se voit atteint d'une éruption dont la cause lui est inconnue. Etienne raconte qu'il était mal à l'aise depuis quelques jours. Il ressentait des douleurs dans la tête, aux lombes ; il a eu, dit-il, de la fièvre, des frissons suivis de sueurs pendant trois jours de suite, une inappétence à peu près complète, enfin tout l'ensemble des phénomènes généraux qui précèdent d'ordinaire les fièvres éruptives. Lorsque l'éruption parut, il y a trois

jours, il se trouva bien soulagé. Les boutons se développèrent d'abord sur la joue droite, et le surlendemain sur l'oreille et dans le cuir chevelu.

Admis à l'hôpital le 12 novembre, on le trouve dans l'état suivant : trois petits groupes isolés sur la joue droite, rangés en demi-cercle à convexité inférieure, depuis la commissure labiale jusqu'à l'oreille. Ces groupes sont composés de cinq à dix vésicules de la grosseur d'une lentille, remplies d'un liquide lactescent, purulent dans quelques-unes, et déjà desséchées dans d'autres sous forme de petites croûtes brunes et jaunâtres.

Chacun de ces groupes est entouré d'une aréole rouge assez prononcée : ce sont les premiers développés. Depuis hier, un groupe de vésicules lenticulaires toutes remplies d'un liquide séro-purulent, occupe l'hélix et la face postérieure de la conque de l'oreille; un autre existe sur l'apophyse mastoïde; enfin trois vésicules, à caractères identiques aux précédentes, siégent dans le cuir chevelu, au niveau de l'insertion occipitale du muscle trapèze, sans dépasser la ligne médiane. Pas de fièvre; cuisson locale modérée; sensation de tension dans le cou.

Ces groupes vésiculeux, séparés les uns des autres, constituent, à n'en pas douter, un zona. Le malade est soumis au traitement suivant : tisane de chiendent-réglisse; on saupoudre, matin et soir, les surfaces malades avec un peu d'amidon sec, la petitesse des vésicules, qui se trouvent en grande partie à l'état de dessiccation, rendant inutile l'emploi du papier brouillard huilé : deux portions d'aliments solides.

Le 16. Les groupes des croûtes situées à la joue tombent en partie. Les autres existent encore, mais dans un état de sécheresse complet : quelques-unes de ces croûtes présentent un point noir au centre. Localement, le malade n'éprouve ni ardeur, ni cuisson. Même traitement : cinq portions.

Le 19. Le malade est guéri; il quitte l'hôpital.

Obs. III. Le 5 juin 1847, est entré, salle Henri IV, hôpital Saint-Louis, service de M. Cazenave, le nommé D*** (Gabriel), né à Paris, âgé de trente-cinq ans, non marié, ouvrier graveur, pour se faire traiter d'une éruption dont il est atteint depuis huit jours. Cet homme est brun, bien constitué, d'un caractère irascible, adonné aux boissons alcooliques, dont il abuse souvent.

Il y a huit jours, à la suite d'un excès de table, il éprouve du malaise, de la céphalalgie, des douleurs lombaires, un peu de fièvre, enfin tous les symptômes d'une courbature. Le lendemain, le cou était endolori, les mouvements étaient gênés, il sentait des cuissons, des élancements assez vifs. Vers le soir, une éruption se déclara; elle parut d'abord à la nuque, et le lendemain matin il vit d'autres plaques disséminées sur le cou et la partie supérieure de la poitrine. Ces plaques étaient rouges, recouvertes de vésicules remplies d'un liquide transparent, et le siége d'une sensation d'ardeur très-pénible.

D*** appliqua des cataplasmes de farine de graine de lin sur les

surfaces malades; il prit, le matin à jeun, un verre d'eau de goudron et fit sur la région lombaire des frictions avec une pommade camphrée. La persistance de ses douleurs le détermina à solliciter son admission à l'hôpital.

Le 6 juin, on le trouve dans l'état suivant : l'éruption consiste en quatre groupes d'herpès bien distincts, bien isolés les uns des autres : le premier est situé à la nuque, un peu à droite de la ligne médiane, à forme irrégulière, de 3 à 5 centimètres d'étendue, composé de vésicules en partie déchirées, en partie encore intactes ou récemment développées, n'atteignant pas la grosseur d'un petit pois, et remplies d'un liquide transparent; ces vésicules ne sont pas très-confluentes; l'aréole inflammatoire qui les environne est peu prononcée. Le second groupe existe à la partie inférieure du cou sur le bord externe du trapèze; le troisième occupe la partie supérieure du sternum, près du tiers interne de la clavicule, sans dépasser la ligne médiane; enfin, le quatrième se trouve dans la région sous-maxillaire droite, ayant son plus grand diamètre dirigé d'arrière en avant. Ces trois dernières plaques ont des dimensions moins grandes que la première, et des vésicules aussi plus petites. La disposition générale de ces groupes forme un cercle un peu irrégulier à convexité postérieure, dont les deux extrémités aboutissent, l'une, la supérieure, à la nuque, près de la racine des cheveux; l'autre, l'inférieure, à l'articulation sterno-claviculaire droite. Ce sont ces deux groupes extrêmes qui, au dire du malade, se sont développés les premiers. Pour compléter la description de cette éruption, nous ajouterons qu'on remarque quelques vésicules disséminées entre les plaques et sur la joue droite; douleurs locales toujours vives, pas de fièvre, appétit peu développé.

Le malade est soumis au traitement suivant : limonade sulfurique (12 gouttes d'acide sulfurique), poudre d'amidon sur les groupes vésiculeux, que l'on recouvre ensuite d'un papier brouillard imbibé d'huile; une portion.

Le 12 juin. Les vésicules sont flétries; à leur place on voit de petites croûtes encore peu consistantes, d'un reflet jaunâtre, avec un point noir au centre. L'aréole rouge existe toujours; mais les douleurs sont bien calmées; les mouvements du cou sont à peu près libres. Même traitement; deux portions.

Le 15. Les croûtes se détachent, la peau est encore un peu rouge; mais les douleurs ont entièrement disparu. Le malade prend un bain simple.

Le 17. Il est guéri et quitte l'hôpital.

Obs. IV. Le 8 juillet 1856, le nommé Kmorvent (Vincent), âgé de vingt et un ans, ébéniste, a été admis à l'hôpital Saint-Louis, dans le service de M. Cazenave. Ce jeune homme est atteint d'un zona situé sur le flanc gauche et qui s'est développé, il y a huit jours, dans les conditions suivantes :

Le 28 juin, excès de table; le lendemain, malaise, courbature; le malade prend un bain de plus d'une heure de durée; le soir, il dîne et mange d'un bon appétit, mais, dans la nuit, quelques dou-

leurs se font sentir dans le côté gauche; elles se renouvellent à différents intervalles, pendant toute la journée du 30 juin; puis l'éruption commence, le 1er juillet, par un groupe vésiculeux situé sur le milieu d'une ligne allant de l'ombilic à la région lombaire, du côté gauche; puis le demi-cercle herpétique se complète, les jours suivants, jusqu'au 4 juillet.

Les douleurs ont persisté, mais elles se font sentir à des intervalles plus éloignés. Le malade a gardé le lit, sans employer aucune espèce de topique.

Aujourd'hui 8 juillet, les groupes vésiculeux sont assez rapprochés pour former une bande presque continue, qui dépasse en arrière la ligne médiane, dans une étendue de 5 à 6 centimètres. Les vésicules sont partout encore intactes, remplies d'un liquide transparant, à reflet jaunâtre. Les élancements persistent, mais de jour en jour plus affaiblis. Santé bonne, sous tous les rapports. Prescription : tisane de chicorée sauvage; on saupoudre les surfaces malades avec de l'amidon sec recouvert lui-même d'un papier brouillard huilé, que l'on maintient à l'aide d'un bandage de corps.

Le 10 juillet. Les disques antérieurs sont flétris; les postérieurs portent encore quelques vésicules intactes, mais bien affaissées; douleur à peu près nulle. — Même traitement.

Le 15. La dessiccation est complète. Au niveau du groupe vésiculeux, qui dépassait en arrière la ligne médiane, le malade éprouve une douleur assez vive; la peau est rouge, sans ulcération, un peu tuméfiée et sensible à la pression; les douleurs lancinantes ont disparu. On maintient un cataplasme sur ce point. Le lendemain tous ces phénomènes locaux présentent plus d'intensité; il n'est pas douteux qu'un abcès va se former.

Le 21. La tumeur est grosse comme une noisette, à contour empâté, fluctuante; la peau est assez amincie; on donne issue au pus, en faisant une piqûre avec la lancette.

Le 28. Guérison complète. *(La fin au prochain numéro.)*

THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE.

Sur une affection assez rare et généralement peu connue de l'orifice du vagin.

Lettre à M. le docteur Debout, par M. Michon, chirurgien de l'hôpital de la Pitié.

Lorsque vous appelez l'attention de vos lecteurs sur un point encore peu étudié de la science, vous aimez, cher collègue, à grouper les avis de tous ceux qui peuvent jeter quelque lumière sur la question en litige. C'est une manière de faire qui ne peut qu'éveiller la sympathie des hommes qui se vouent aux progrès de notre art.

Vous avez songé à aborder l'étude d'une maladie généralement

peu connue, et dont on ne trouve la description dans aucun de nos nombreux traités classiques, la contracture spasmodique du sphincter vaginal, et à ce propos vous vous êtes rappelé la leçon clinique que j'ai professée, il y a quelques années, à l'hôpital de la Pitié.

Le fait qui servait de texte à ma leçon n'était pas le premier exemple de contracture dont j'étais le témoin ; grâce à l'amitié de M. le professeur Chomel, j'avais eu l'occasion d'en voir plusieurs cas. C'est appuyé sur des succès assez nombreux que j'ai pu baser le traitement de la malade placée dans mon service.

Vous me demandez la communication de mes faits : je cède bien volontiers à votre désir ; mais je dois vous avouer qu'il ne me serait jamais venu à l'esprit de les publier, tant le sujet est délicat à traiter. Je crois que la même considération a retenu plusieurs autres chirurgiens, et que c'est principalement à cette cause qu'est due la rareté des faits connus. Cependant, en y réfléchissant bien, nous avons tort : la publicité de ces observations n'atteint pas les personnes, puisqu'elles ne sont pas nommées ; elle s'adresse exclusivement aux praticiens, et partant peut être utile à d'autres malades.

Voici mes observations, je les expose dans l'ordre chronologique.

Obs. I. Le 22 mars 1847, mon regretté maître, le professeur Chomel, me fit demander pour une dame à laquelle il donnait ses soins, conjointement avec mon excellent collègue et ami M. le docteur Noël Guéneau de Mussy. Cette dame, âgée d'une trentaine d'années environ, bien faite, d'une constitution extrêmement nerveuse, mariée depuis neuf ans avec un homme jeune et bien constitué, n'avait pas eu d'enfants, et n'espérait plus en avoir. Elle avait déjà reçu des soins pour différentes indispositions ; elle se plaignait de dérangement de l'appareil génital. Le professeur Chomel voulut la soumettre à l'examen au spéculum. Il fut fort surpris de rencontrer un obstacle et une sensibilité extraordinaire à l'approche de cet instrument, et d'éveiller des douleurs intolérables, même par l'introduction du doigt. C'est à peine s'il put faire pénétrer la première phalange. L'examen direct par la vue lui fit reconnaître la persistance de la membrane hymen, sinon complète et intacte, du moins assez conservée et épaissie pour s'opposer à la pénétration dans le vagin d'un corps d'un certain volume. C'était la première fois qu'un cas semblable s'offrait à sa haute expérience. Il s'enquit des causes de cette indisposition. Il apprit alors du mari et de la femme que, dès les premiers jours du mariage, la résistance nerveuse de la femme, les appréhensions de la douleur avaient amené de la part du mari des ménagements qui, prolongés pendant des jours, des semaines et des mois, avaient fini par passer en habitude. Les tentatives de cohabitation n'avaient pas cessé pour cela, mais elles n'avaient fait qu'augmenter l'irritabilité vulvaire

et la contracture spasmodique du sphincter de la vulve. L'acte du mariage, malgré les efforts et la volonté, s'était toujours passé en dehors du vagin.

Ainsi renseigné par Chomel, je procédai à mon tour à l'examen des parties malades. Je constatai la résistance à l'entrée du vagin produite par la persistance de l'hymen, en forme de repli en croissant à concavité antérieure, offrant plutôt l'aspect d'un cordon durci que d'une membrane étalée. Elle était rougeâtre et paraissait comme gercée sur quelques points. Cette dernière circonstance pouvait bien être le résultat des tentatives d'examen qui avaient précédé. L'introduction de mon doigt ne put être complète; je déterminai, malgré les plus grands ménagements, une vive douleur, et je ne dus pas continuer plus longtemps.

Le diagnostic nous parut certain, et la marche à suivre bien indiquée. L'opération, prévue et annoncée par Chomel à la malade, fut décidée et pratiquée séance tenante. Je fis avec un bistouri boutonné conduit dans l'ouverture du vagin trois débridements, un médian et deux latéraux, intéressant toute l'épaisseur de la membrane persistante, et s'avançant jusqu'au sphincter sans l'atteindre. Peu de sang s'écoula; la douleur avait été de courte durée. Une mèche volumineuse de charpie bien enduite de cérat fut introduite dans le vagin, et maintenue en place. La mèche fut changée chaque jour, et son volume augmenté : les pansements subséquents furent peu douloureux.

La jeune dame avait repris de la gaieté; elle n'osait néanmoins compter sur les bons résultats d'une opération aussi minime en apparence, et elle me menaçait souvent de la malédiction de ses collatéraux, si elle avait de la postérité. A un an de là environ, je reçus une lettre de part de la naissance d'un enfant, et j'ai appris de mon ami, M. Noël Guéneau de Mussy, qu'elle en avait eu deux autres encore depuis.

Obs. II. A deux années de là, le 27 mars 1849, je fus demandé également par le professeur Chomel pour voir et opérer une jeune dame de province, mariée depuis deux ou trois années, sans avoir jamais eu d'apparence de grossesse. Le désir d'avoir des enfants l'avait conduite à Paris; elle s'était adressée à Chomel.

Cette dame, d'une constitution grêle et délicate, pâle et très-nerveuse, se trouvait dans des conditions physiques et physiologiques analogues à celles de la dame qui fait le sujet de l'observation précédente, à part l'âge et la durée moindre du mariage; mais, chez elle, la cohabitation n'avait pas été plus complète que dans l'autre cas. Les mêmes obstacles, la même nervosité, et les émotions du mari à la douleur de sa femme, avaient empêché l'acte du mariage d'être complet. Le succès obtenu dans le cas précédent avait enhardi le maître et le disciple; Chomel avait, avant mon arrivée, décidé l'opération; de mon côté, j'avais hâte de la faire; je la pratiquai exactement de la même façon que dans le cas qui précède. J'introduisis, après le débridement, des mèches pendant neuf jours dans le vagin; l'exploration et l'introduction du doigt n'étaient plus douloureuses, les petites plaies étaient complétement cicatri-

sées. Cette jeune dame, qui était avec sa mère à Paris, était empressée de retourner chez elle; elle partit le 6 avril. Je n'ai plus jamais entendu parler d'elle et j'ignore si elle a eu des enfants.

Obs. III. Dans le mois de septembre 1850, une dame de vingt-quatre ans et quelques mois, habitant une de nos grandes villes de province, me fut conduite par son mari et la tante de celui-ci. Cette jeune dame avait eu, deux ans environ auparavant, un enfant qu'elle avait eu la douleur de perdre. Son mari et elle désiraient vivement avoir d'autres enfants; mais ils me dirent l'un et l'autre que les rapprochements sexuels étaient devenus extrêmement difficiles, et le plus souvent impossibles. Que, malgré leurs désirs et leurs efforts communs, la femme était prise de douleurs si vives et de contractions spasmodiques si fortes que l'orifice de la vulve resserré devenait infranchissable pour le mari; que, par exception fort rare cependant, il arrivait quelquefois qu'un second rapprochement, opéré très-peu de temps après le premier qui avait échoué, devenait possible, et qu'alors l'acte était accompli, la femme éprouvant moins de douleur et le spasme cédant. L'examen des organes me fit reconnaître qu'ils étaient régulièrement conformés. Je ne rencontrai ni gerçures, ni fissures à l'orifice de la vulve; mais l'introduction du doigt déterminait une contraction spasmodique douloureuse et violente de l'anneau vulvaire, comparable à la contraction que produit dans une fissure bien caractérisée de l'anus l'introduction du doigt dans le rectum. Le diagnostic ne laissant pas d'obscurité, je pensai que cette jeune femme pouvait et devait guérir par une opération chirurgicale analogue à l'une de celles pratiquées pour la fissure à l'anus (la vraie fissure); je la proposai avec confiance à la malade, elle l'accepta facilement. Je connaissais trop les inconvénients et les dangers des déchirures du périnée pour qu'il me vînt à l'idée de fendre par incision, dirigée de dehors en dedans, le muscle contracturé. Je choisis l'opération appliquée par Blandin à la fissure à l'anus. J'y ajoutai la dilatation introduite par Récamier. Voici comment je procédai avec l'assistance et le concours de mon ami, M. Dénucé, alors interne dans mon service à l'hôpital de la Pitié, aujourd'hui professeur et chirurgien à l'hôpital de Bordeaux. La malade étant anesthésiée, l'index de la main gauche étant introduit dans le vagin, je fis successivement, à l'aide d'un ténotome, une ponction à la peau, à droite et à gauche, à deux centimètres du raphé et au-dessous de l'anneau formé par le muscle; par cette ponction, j'introduisis le bistouri à chappe et, dégageant la chappe, je fis d'arrière en avant la section du muscle, maintenant et dirigeant l'instrument sur l'indicateur de la main gauche placé dans le vagin. Cette double myotomie sous-cutanée étant achevée, j'introduisis rapidement l'index et le médius de chaque main dans la vulve, et j'opérai la dilatation d'arrière en avant et latéralement. Je me proposais par cette dilatation d'écarter les extrémités des fibres divisées et d'assurer ainsi une réussite que j'avais promise à la malade, d'après l'analogie avec ce qui se passe dans la fissure à l'anus. Des compresses

d'eau froide furent placées sur la vulve. il ne survint aucun accident; quelques ecchymoses seulement de peu d'importance dans le voisinage des piqûres. J'ai cessé de voir cette dame le 1er octobre, elle est retournée chez elle dans les premiers jours du mois, je ne l'ai plus revue depuis. J'ai eu plusieurs fois par sa tante l'affirmation qu'elle avait été guérie, qu'elle avait eu deux enfants, mais qu'elle avait succombé depuis à une maladie étrangère.

Obs. IV. Une dame, habitant le quartier Montmartre, vint me consulter sur la recommandation de Chomel, le 8 juin 1851. Elle était âgée de vingt-cinq ans environ, forte, colorée, plutôt lymphatique et sanguine que nerveuse. Mariée depuis plusieurs années, elle n'avait pas d'enfants et désirait vivement en avoir. Elle était accompagnée d'une dame de ses parentes ou de ses amies; elle me fit connaître que, par suite des souffrances qu'elle éprouvait dans les rapprochements d'une part, et par les difficultés à surmonter par son mari de l'autre, les rapports conjugaux étaient incomplets et, par suite, nuls pour la fécondation. L'examen que je fis me montra que l'orifice du vagin, encore pourvu de la membrane hymen déprimée, était sensible et douloureux au toucher, sans que la contraction spasmodique du sphincter me parût très-prononcée. Je proposai à cette dame de la débarrasser par une petite opération des douleurs qui la tourmentaient, et de la mettre, en ce qui la concernait, en état d'accomplir l'acte nécessaire à la fécondation. Elle était à l'avance décidée à l'opération, je la pratiquai chez elle dès le lendemain; elle fut faite par incisions, et par l'introduction de mèches dilatantes, dont l'usage fut continué pendant six jours consécutifs. Le 16 juin les petites plaies étaient cicatrisées, et l'orifice du vagin restait libre et dilaté.

Je n'ai plus eu occasion de voir cette dame, je n'ai jamais vu son mari, j'ignore complétement ce qui s'est passé ultérieurement.

Obs. V. Le 20 novembre 1851, je fus demandé en consultation par Chomel chez une dame de trente ans, mariée depuis onze ans, qui n'avait jamais eu de grossesse, et qui, dans le désir très-vif et l'espoir non perdu d'avoir des enfants, recevait les soins d'une de nos sages-femmes les plus distinguées et les mieux instruites. L'avis de Chomel avait été demandé; de son côté, il jugea qu'il serait utile d'avoir et mon avis et mon intervention. Cette dame, brune, bien constituée et d'une conformation très-régulière, a les apparences du tempérament sanguin, elle est impressionnable et sensible au plus haut degré. Son mari est jeune, fort et d'une belle santé. L'examen auquel nous procédons avec Chomel et la sage-femme nous démontre bientôt, par l'exaltation de la sensibilité au moindre contact des doigts avec les parties génitales extérieures, que la copulation n'a jamais pu être complète et achevée, ce que nous confirment et la persistance d'une membrane hymen non détruite, quoique affaissée et refoulée, et les rapports du mari qui nous indique que les douleurs, les spasmes nerveux qu'a eus sa femme dès le commencement du mariage, n'ont fait que s'accroître plutôt que de diminuer; les ménagements qu'il a toujours eus pour cette exces-

sive sensibilité n'ont jamais permis la copulation d'avoir lieu complétement, bien que les tentatives aient été suivies et non interrompues jusqu'à ce jour. Nous n'avons pas noté s'il existait ou non des gerçures sur l'hymen ou dans son voisinage. J'ai constaté pendant l'opération le spasme du sphincter. Cette opération a été faite comme dans les observations I et II; seulement, elle a dû être pratiquée avec la plus grande rapidité possible, la malade s'y soumettant par le désir extrême d'avoir des enfants, mais ne pouvant pas dominer sa sensibilité au delà de quelques secondes, sans tomber dans un état nerveux spasmodique général. Des mèches volumineuses ont été introduites et maintenues dans le vagin, jusqu'au milieu de décembre; j'ai cessé de voir cette dame le 20 décembre 1851. L'année suivante, au mois de décembre, je recevais, avec la lettre de part de la naissance d'une fille, les dragées du baptême.

J'ai revu et je vois encore quelquefois cette dame, je lui ai même donné, après son accouchement, des soins pour une métrite granuleuse du col, dont elle est parfaitement guérie. Elle a eu depuis plusieurs fausses couches.

Obs. VI. Le 27 septembre 1852, une jeune dame de vingt-cinq ans, mariée depuis plus d'une année, et à laquelle j'avais donné plusieurs fois des conseils pour de légères indispositions, me consulta avec son mari, parce qu'ils n'avaient pas d'enfants et qu'ils pensaient l'un et l'autre que l'acte de la copulation ne s'accomplissait pas d'une façon normale, le pénis ne pénétrant pas dans le vagin. La femme était très-nerveuse, la douleur déterminait chez elle des spasmes; le mari, quoique jeune encore, n'avait pu jusqu'alors surmonter la résistance que lui offrait l'entrée du conduit; les plaintes et l'agitation de sa femme semblaient aussi le déconcerter. L'examen des organes génitaux me fit voir que la membrane hymen était conservée et que l'orifice vaginal, un peu rouge et irrité, devenait douloureux par l'introduction du doigt et n'aurait pas souffert facilement la pénétration d'un corps plus volumineux. J'exposai aux deux consultants qu'il y avait en effet chez la dame un obstacle matériel dont la résistance était augmentée par les tentatives inutiles qui avaient été faites jusqu'alors, et qui n'avaient produit que de l'irritation; que cependant cette résistance me semblait moindre que dans d'autres cas que j'avais eu occasion de voir et auxquels j'avais remédié par une opération; que, puisque leur bonne volonté et leurs efforts n'avaient pas triomphé de cette résistance, on pouvait faire cesser cet état de choses par une opération dont la réussite me paraissait certaine. Je fus instamment prié de recourir à ce moyen chirurgical. La résistance m'avait paru moindre que dans d'autres cas, et une certaine mollesse des parties génitales externes me fit penser que la dilatation de l'entrée de la vulve et du vagin se ferait avec certitude, et que ce moyen plus prompt ne demanderait aucun pansement ultérieur. La jeune dame voulait être endormie; l'anesthésie entrait aussi dans mes projets, elle se fit promptement et sans obstacle. Alors je pratiquai rapidement et avec force la dilatation, comme je l'ai pratiquée bien

souvent depuis, à l'instar de plusieurs de mes collègues, pour la fissure anale; mais je ne songeai pas, je dois le dire, à appliquer cette dilatation à la fissure à l'anus, jusqu'à ce que notre ami M. Monod eût appelé, dans un mémoire à la Société de chirurgie, l'attention sur ce mode d'opération. J'avais en effet introduit mes deux doigts indicateurs adossés dans le vagin, et recourbant légèrement l'extrémité des deux dernières phalanges, j'avais conduit la dilatation d'abord dans le sens antéro-postérieur, puis dans le sens bilatéral, jusqu'à ses limites osseuses. Je n'avais presque pas éprouvé de résistance, l'ouverture de la vulve avait pris sous mes doigts des dimensions énormes, et je pus affirmer au mari qui avait assisté à l'opération, qu'à l'avenir ses efforts ne rencontreraient plus d'obstacle qu'ils ne pussent facilement surmonter. Quelques gouttes de sang seulement s'écoulèrent, par la rupture de la membrane hymen; des compresses imbibées d'eau fraîche furent appliquées sur la vulve; la malade garda le repos pendant quelques jours. Je l'ai revue jusqu'au 10 décembre 1852; peu de temps après les époux quittèrent Paris pour aller habiter la province, je n'en ai plus entendu parler. Il est probable qu'ils auront eu des enfants; dans tous les cas, je puis affirmer que ce n'est point la rigidité de la vulve qui aura mis obstacle à la fécondation.

Obs. VII. En novembre 1859, je fus demandé par le professeur Chomel, pour examiner avec lui et opérer, si nous le jugions convenable, une dame de Paris de vingt-cinq à trente ans, qui l'avait consulté quelques jours auparavant et chez laquelle il avait constaté, comme chez les dames qui font le sujet des observations I et II, une contracture spasmodique du sphincter de la vulve, avec des restes indurés et douloureux de la membrane hymen. Cette dame, d'une constitution excessivement nerveuse, éprouvait des douleurs, des spasmes violents du côté de la vulve. Elle n'avait jamais eu de grossesse, et l'acte du mariage, bien qu'elle fût mariée depuis un certain nombre d'années, n'avait jamais pu être accompli entièrement; les douleurs, les spasmes presque convulsifs qui se développaient en ce moment y avaient constamment mis obstacle. Les succès que nous avions eus auparavant, la similitude dans les symptômes, nous encouragèrent l'un et l'autre à proposer avec insistance les mêmes moyens de traitement. L'opération fut acceptée ; je la pratiquai le 18 novembre 1853, en présence de M. Chomel et aidé par une sœur garde-malade intelligente et en laquelle cette dame avait la plus grande confiance. Cette opération consista, comme dans les observations précédentes, en incisions pratiquées au nombre de trois sur l'hymen et l'orifice vulvaire, à la partie médiane et sur les côtés de la demi-circonférence inférieure de l'ouverture du vagin. Les pansements furent faits régulièrement tous les jours avec de grosses mèches maintenues dans le vagin et retirées seulement au moment de chaque pansement. Ils furent suivis plus longtemps que dans les autres cas, jusqu'au milieu de décembre. Au bout de ce temps, les petites plaies furent complétement cicatrisées, et l'orifice du vagin resta suffisamment dilaté. Je n'ai revu cette dame qu'une ou deux

années après : elle n'a pas eu d'enfants, elle est restée tout aussi nerveuse et souffrante d'accidents spasmodiques généraux et hystériformes, qui sont parfois violents et qui dérangent sa santé. Deux fois, à des années d'intervalle, elle m'a demandé d'examiner la matrice ; je l'ai fait avec précaution et j'ai pu introduire encore, au dernier examen, un spéculum d'un volume ordinaire, sans rien violenter. Ces examens ont déterminé des accidents nerveux, d'abord spasmodiques, puis se rapprochant de la syncope, qui ont duré plus d'un quart d'heure et ont amené pour le reste de la journée un malaise très-grand. J'ai conseillé de ne plus recourir à ces explorations inutiles et devenues nuisibles.

L'opération, dans ce cas, a ramené l'orifice de la vulve et le vagin à l'état de dilatation qu'ils doivent avoir chez une femme mariée, ils s'y sont maintenus à ces dimensions; elle n'a eu aucun effet sur la névrose. S'il n'y a pas eu d'enfants, c'est que, si l'impossibilité de la pénétration du pénis dans le vagin est un obstacle, sinon absolu, au moins presque certain à la fécondation, il n'est pas le seul; ce premier obstacle avait été levé par l'opération.

Obs. VIII. Dans le courant de l'année 1853 (1) je reçus dans mon cabinet une dame et son mari. La femme paraissait âgée de trente-six ans environ; ses traits fins et d'une régularité remarquable étaient altérés et portaient l'empreinte d'une grande tristesse; le mari, bien constitué, paraissait avoir seulement quelques années de plus que sa femme; ils m'exposèrent brièvement que, mariés depuis plusieurs années, ils n'avaient pas d'enfants et désiraient en avoir; qu'ils savaient qu'un obstacle chez la dame s'opposait à l'accomplissement de l'acte du mariage, en le rendant douloureux et même impossible; qu'ils savaient aussi qu'une opération pouvait remédier à cet état et qu'ils venaient me demander qu'elle fût faite dans mon cabinet, parce qu'ils n'étaient que de passage à Paris et que d'ailleurs ils désiraient rester inconnus. Par l'examen que je fis tout de suite, je constatai la persistance de la membrane hymen indurée, douloureuse, et la contracture spasmodique du sphincter; je me procurai ce qui était nécessaire pour le pansement, c'est-à-dire une grosse mèche de charpie et du cérat. La dame s'étendit sur un lit de repos, plaça son mouchoir entre ses dents, endura sans faire le moindre mouvement, sans pousser le moindre cri, les trois petites incisions et l'introduction d'une grosse mèche. J'indiquai au mari comment il devait renouveler ce pansement, et après quelques instants de repos ils sortirent et disparurent pour moi. Je relate ce fait moins pour l'enseignement pratique que parce qu'il représente un exemple bien net de l'affection qui nous occupe.

Obs. IX. A la fin de mai 1857, je fus demandé par une riche étrangère à laquelle le professeur Andral donnait des soins ; elle avait aussi consulté le professeur Chomel pour des spasmes dou-

(1) Je n'ai pas pris de notes sur cette observation ; on comprendra facilement que ma mémoire en ait gardé un fidèle souvenir.

loureux et des contractions vulvaires qui s'opposaient à l'accomplissement régulier de l'acte du mariage. Elle n'avait pas d'enfants; son mari et elle en désiraient ardemment; cette seule richesse manquait à leur bonheur. La dame était jeune, âgée de vingt et quelques années; elle était grande, bien constituée et régulièrement conformée. Le mari était jeune aussi, de vingt-huit à trente ans; il était assez fort; il avait, comme on le dit vulgairement, usé assez largement de la vie; il parlait encore d'une opération d'hydrocèle qui lui avait été faite d'un seul côté, quelques années auparavant, par une méthode que j'ai peu comprise, mais qui paraissait avoir été fort douloureuse. Ses organes génitaux, qu'il me fit examiner, étaient exempts de maladies et bien conformés. La dame présentait à l'orifice du vagin une membrane hymen plutôt fatiguée que détruite, de la rougeur et une sensibilité maladive si prononcée que l'approche du doigt déterminait les plus vives appréhensions et son introduction des spasmes du sphincter. La douleur se prolongeait quelques minutes encore après. L'opération avait été résolue dès le premier examen; je la pratiquai le 1er juin 1857, en présence de Chomel, et assisté d'un aide; elle fut faite, comme dans les cas précédents, par trois incisions peu profondes. Le pansement consista dans l'introduction de mèches volumineuses de charpie; les suites ne présentèrent aucun incident, l'introduction de mèches fut faite régulièrement et bien supportée jusqu'au 11 juin; la cicatrisation était achevée et l'entrée du vagin suffisamment large; je cessai de voir la malade.

Obs. X, recueillie par M. le docteur Leven, alors interne du service. La nommée X***, âgée de vingt-neuf ans, bien constituée et d'une bonne santé habituelle, se présente à la consultation de l'hôpital de la Pitié, en avril 1858 (1). Elle se plaint de n'avoir pu encore, quoique mariée depuis sept ans, accomplir l'acte de mariage, et elle en accuse son mari plus âgé qu'elle. Elle désire néanmoins se soumettre à la visite, pour s'assurer si ses organes sont d'une régulière conformation.

Voici ce que nous avons pu constater : les parties externes des organes génitaux, grandes et petites lèvres, sont très-régulièrement conformées; la membrane hymen n'est pas complétement détruite; l'ouverture vaginale apparaît étroite : le doigt y pénètre difficilement, en causant de la douleur, et alors il éprouve une sensation de contracture analogue à celle qu'on ressent en introduisant le doigt dans le rectum, dans un cas de fissure anale. Du reste, le vagin est d'une conformation normale : le doigt atteint le col utérin, et délimite facilement la lèvre supérieure et l'inférieure. Par le palper abdominal et rectal, le chirurgien peut reconnaître la présence du corps utérin. La femme est bien menstruée chaque mois, et les règles durent trois jours environ.

Le diagnostic, posé par M. Michon, est : étroitesse de l'orifice du

(1) Cette malade a été l'occasion et le sujet d'une leçon clinique dans laquelle M. Michon a développé l'histoire de cette affection d'après un certain nombre d'observations particulières.

vagin, liée à une contracture du sphincter vaginal, contracture analogue à celle du sphincter anal.

Les indications du traitement étaient naturellement posées par le diagnostic.

M. Michon fit la dilatation vaginale, comme il pratique habituellement la dilatation anale, en exerçant une traction cruciale avec les index des deux mains.

Cette opération ne détermina qu'une douleur momentanée, fut accompagnée d'un léger suintement sanguin, et laissa une plaie qui guérit après quelques jours.

Le toucher vaginal se pratiqua sans douleur, et sans réveiller de contraction du muscle sphincter; l'on constate que le vagin présente ses dimensions normales, et que le coït pourrait avoir lieu sans obstacle.

Nous n'avons pas revu cette malade depuis sa sortie de l'hôpital.

Obs. XI. Mme X***, grande et bien faite, est âgée de vingt ans environ, elle est mariée depuis plus d'un an; son mari est jeune, il a moins de trente ans, il n'a jamais commis d'excès sexuels, il n'a eu aucune maladie des organes génitaux. Dès le commencement de son mariage, il s'est bien aperçu que les rapports conjugaux étaient imparfaits, et que l'éjaculation avait lieu sans que l'intromission du pénis se fît dans le vagin. Sa femme, dès le commencement aussi, avait eu des douleurs assez vives; il avait cru, par condescendance, devoir apporter des ménagements; mais les douleurs et les spasmes ne firent que s'exaspérer, et bien que des essais de cohabitation fussent régulièrement et assez fréquemment faits, ils n'aboutissaient pas; les douleurs, les spasmes et autres difficultés de ce genre allaient augmentant. C'est dans ces conditions que je fus demandé dans le courant de mai 1861. Je trouvai la membrane hymen violentée, irritée, mais non détruite; j'examinai avec grand soin s'il n'y avait pas sur cette membrane et autour quelque fissure. Je découvris seulement une gerçure très-superficielle à la commissure des petites lèvres, au-dessous de l'hymen. L'introduction de l'index était douloureuse, et la pression de la pulpe du doigt sur le sphincter déterminait un état spasmodique. La jeune dame désirait avoir des enfants et demandait à être débarrassée de ses douleurs, et de ce qu'elle regardait comme une imperfection dans sa conformation. Je pratiquai l'opération le 13 mai. Elle ne présenta rien de particulier, ni dans son exécution, ni dans ses suites. Elle fut supportée avec courage, les incisions ayant été faites au nombre de deux sur la membrane hymen; je déprimai fortement avec le doigt la paroi postérieure du vagin; ce temps de l'opération fut le plus douloureux. J'introduisis immédiatement dans le vagin une mèche volumineuse, et je la laissai à demeure; elle fut bien supportée. Le même pansement fut fait pendant six jours consécutifs, les petites plaies furent cicatrisées au bout de six jours, des bains achevèrent de dissiper ce qui restait d'inflammation, et le neuvième jour après l'opération, le pénis aurait pu pénétrer dans le vagin, sans déterminer les douleurs et les spasmes qui existaient avant l'opération.

Je fus demandé de nouveau le 20 octobre de la même année. J'appris que les choses s'étaient bien améliorées, que la pénétration du pénis avait lieu et que le coït était devenu complet, le plus souvent du moins; mais qu'il arrivait encore parfois que le spasme de l'orifice du vagin et l'excitation nerveuse générale faisaient échouer quelques-unes des tentatives. L'impatience d'avoir des enfants faisait surtout désirer que l'intromission du pénis fût rendue toute facile par une dilatation qui devînt persistante, étant portée aussi loin que possible. Je procédai à cette dilatation de la manière suivante : j'introduisis d'abord, tous les deux jours, puis à des espaces plus éloignés, de longs cylindres d'éponge préparée et du volume à peu près du doigt indicateur; pour rendre leur contact plus supportable et surtout pour rendre régulier le développement de l'éponge, et pour pouvoir la retirer sans déterminer de douleurs par les inégalités de volume qu'elle prendrait dans les différents points de sa longueur en se dilatant par l'humidité, je l'introduisis dans une chemise de toile fine, d'une largeur égale dans toutes ses parties et suffisamment large pour permettre à l'éponge de prendre le volume d'un cylindre volumineux; j'avais également le soin de ne pas faire pénétrer trop avant pour que l'orifice du vagin fût aussi dilaté par elle. Je continuai ainsi avec des intervalles de repos de plus en plus éloignés, depuis le 29 octobre jusqu'au 5 décembre.

J'ai appris depuis, par un de nos accoucheurs distingués qui lui rendait aussi des visites, que cette dame avait fait une fausse couche de trois mois; je n'ai pas eu depuis de nouveaux renseignements.

Vous voyez, mon cher ami, que j'ai eu l'occasion de rencontrer un assez grand nombre de fois l'affection sur laquelle vous appelez avec raison l'attention des praticiens. Et cependant c'est à peine si l'on en trouve quelque courte mention, soit dans les enseignements cliniques, soit dans les livres classiques. Les motifs de ce silence, vous l'avez pensé comme moi, sont nombreux, et s'expliquent facilement.

D'abord (et ceci s'applique très-certainement à un point de l'étiologie), cette maladie ne se voit que par exception dans les hôpitaux. C'est presque une affection de la classe, comme on le dit, bien élevée de la société; l'éducation a augmenté le développement du système nerveux au détriment de la force physique; la sensibilité a été exaltée et le spasme douloureux survient plus facilement. C'est bien une maladie de la femme; mais dans un grand nombre d'observations le mari y apparaît pour quelque chose : assez souvent, moins robuste aussi, et plus irritable par le fait de son éducation ou de ses antécédents, sa sensibilité est en rapport avec celle de sa femme; il ménage des convenances, fait des concessions, qui n'empêchent point l'irritation de prendre place et d'amener la constriction et le spasme douloureux; les efforts qui viennent ensuite ne sont pas plus fructueux et ils rencontrent les mêmes empêchements aggravés

par les retards et l'augmentation du spasme. C'est au moins ce qui est résulté pour moi de la plupart des renseignements. Ces délicatesses de sentiment ne se rencontrent guère dans les unions de la classe ouvrière; le mari et la femme sont en général robustes l'un et l'autre, et d'une sensibilité plus modérée. Aussi, comme je vous le disais, cette maladie ne se rencontre que par très-rare exception à l'hôpital. L'observation dixième, que je vous ai rapportée, confirme cette proposition; car je dois ajouter que cette femme avait reçu une certaine éducation et qu'elleétait très-nerveuse. Son mari, beaucoup plus âgé qu'elle, n'appartenait pas à la classe ouvrière, n'était pas, au dire de la femme, irréprochable au point de vue de la moralité.

De plus, si les chirurgiens contemporains, et surtout ceux qui nous ont précédés, ont rencontré cette maladie sans la faire connaître, ne se pourrait-il pas aussi que, sans être plus rare, elle se soit moins souvent présentée à l'observation? L'usage du spéculum a rendu plus familière aux médecins et aux malades surtout, l'exploration de l'utérus et des organes génitaux. Ces examens répugnent infiniment moins qu'autrefois aux femmes, surtout aux habitantes des grandes villes. Les exemples de guérisons de maladies utérines obtenues par ces explorations les ont, pour ainsi dire, fait passer en coutume, et les maladies de l'utérus sont aujourd'hui, à juste raison, des maladies dont on s'est fait un devoir de se traiter et de se guérir.

Enfin, et c'est par là que je termine, l'analogie de ces spasmes douloureux du sphincter de la vulve avec le spasme douloureux du sphincter anal a conduit à appliquer des modes de traitement analogues. J'ai mis à peu près tous les moyens en usage, et j'ai eu partout des succès.

Si vous avez eu la patience de lire en détail toutes les observations que j'ai recueillies, vous avez vu que l'on peut distinguer deux cas : dans l'un il y a véritablement contracture du sphincter, état morbide de la fibre musculaire.

Cet état peut se présenter à toute époque, même chez une femme qui a eu des enfants : il n'existait pas au moment du mariage, l'acte conjugal a été accompli pendant un certain temps, et c'est par suite d'une modification survenue dans les organes qu'il est devenu impossible.

D'un autre côté, et c'est le plus grand nombre, ce sont des femmes chez lesquelles les rapports conjugaux n'ont jamais pu avoir lieu, le plus souvent par excès de prudence ou par défaut de puissance de la part du mari.

Dans ces derniers cas, j'ai eu recours le plus souvent à des incisions superficielles n'intéressant que la membrane muqueuse, irritée par des tentatives incomplètes de cohabitation; c'est surtout la membrane hymen que j'ai, dans tous les cas, trouvée en partie persistante. Je n'ai pas touché aux fibres musculaires, et la dilatation lente, par des mèches, a suffi pour triompher de leur contracture peu prononcée.

Je n'insiste pas sur le lieu et la direction de ces incisions. Notez bien qu'elles ont servi seulement à faciliter l'introduction des mèches, et qu'elles n'ont jamais été des opérations sanglantes.

Lorsque la contracture est plus prononcée et qu'il y a lieu de triompher d'une résistance musculaire et non plus d'une membrane endurcie et épaissie, c'est alors surtout que la ressemblance devient plus frappante avec les fissures à l'anus; dans ces cas, et les observations de votre excellent travail ne font que me confirmer dans cette pensée, il y a besoin d'une dilatation plus puissante. Je trouve fort ingénieux l'emploi de vos ampoules en caoutchouc. Je comprends aussi l'usage du spéculum bivalve; mais je trouve les doigts un instrument plus parfait, et je vous avoue que la dilatation brusque par le procédé de Récamier m'a réussi tant de fois dans la fissure à l'anus, que je lui donnerais encore ici la préférence. J'ai néanmoins, comme vous avez pu le voir, fait dans un cas la section sous-cutanée par le procédé de Blandin, et, après la section, j'ai pratiqué la dilatation. Mais je crois que, dans un grand nombre de cas, la dilatation seule suffirait, et j'ai, depuis la rédaction de mes observations, obtenu ces jours derniers un succès par cette méthode.

Malgré ses avantages, ce procédé ne peut pas être toujours appliqué; beaucoup de malades s'y refusent; l'emploi du chloroforme qu'il nécessite en fait une véritable opération. D'autre part, la dilatation par des mèches, après une incision inoffensive, ne demande pas un long traitement, puisque la guérison arrive au bout de huit ou quinze jours au plus.

Je me préoccupe moins que vous, mon cher ami, de la lésion particulière de la muqueuse plus ou moins érodée; je vous dirai d'abord que je n'ai jamais trouvé de fissure; je n'ai jamais vu que de l'inflammation plus ou moins vive; mais cette lésion existât-elle, vous savez comme moi qu'une fois que la contracture cesse, la muqueuse se guérit rapidement.

Votre travail commence par des considérations générales sur les affections des plans musculaires sous-jacents à des muqueuses.

C'est sur la justesse même de ces considérations que je m'appuie pour ne pas partager votre opinion sur la nécessité préalable d'un traitement particulier de la gerçure elle-même, lorsqu'elle existe.

Je serai heureux, mon cher Debout, si mes observations et ces remarques jetées à la hâte, après la lecture de votre travail, peuvent vous intéresser, vous et vos nombreux lecteurs. Je serai plus heureux encore si j'ai pu apprendre quelque chose aux jeunes praticiens, et par eux être utile aux malades. MICHON.

CHIMIE ET PHARMACIE.

Nouvelles formules de poudres désinfectantes.

M. le docteur Demeaux poursuit avec un grand zèle l'étude des poudres désinfectantes, et surtout de la poudre coaltée. Cette préparation laissait à désirer; car le plâtre anhydre, se combinant avec les produits de sécrétion fournis par les plaies, se durcissait. M. Demeaux vient de parer à cet inconvénient, en mélangeant 2 parties de plâtre hydraté avec une partie de plâtre anhydre. La partie anhydre du mélange lui conserve ses propriétés absorbantes, tandis que la partie hydratée, qui est mélangée intimement avec elle, lui enlève la propriété de faire corps et de se durcir.

C'est ce produit que le médecin de Pont-l'Evêque destine désormais à servir de véhicule à toutes les autres préparations. Voici ses formules :

Véhicule.

Plâtre hydraté	2 volumes.
Plâtre anhydre	1

Poudres coaltées.

Plâtre	100
Coaltar	1 : 8

Poudre au perchlorure de fer.

Plâtre	100
Perchlorure de fer	10

Poudre iodée.

Plâtre	100
Teinture d'iode	10

M. Demeaux signale un autre véhicule, qu'il a employé dans un grand nombre de cas, c'est la poudre de lycopode, qui se mêle par-

faitement soit avec le coaltar, soit avec le perchlorure de fer, soit avec la teinture d'iode.

Lycopode	100
Coaltar	1 : 4

Ces diverses préparations, ayant pour base du plâtre anhydre et du plâtre hydraté, peuvent impunément absorber de l'eau ou des produits morbides sans se durcir.

D'un autre côté, s'il convenait, sur des indications particulières, d'employer ce médicament en topique, sous forme de pommade ou de cataplasme, on pourrait le délayer avec la glycérine, et on obtiendrait ainsi un produit d'une consistance molle, d'une application commode et facile.

Sur l'iodure de chlorure mercureux.

M. Jourdain, pharmacien à Ham, propose une légère modification au procédé suivi généralement pour la préparation du chloro-iodure mercureux. Voulant me rapprocher, dit-il, autant que possible, de la préparation mise en vogue par M. Boutigny et depuis si fréquemment et si avantageusement employée, je n'ai pas cru devoir admettre la préparation par simple mélange du bi-iodure et du bi-chlorure de mercure, indiquée dans une des séances de la Société, mélange qui n'est plus identique avec le produit connu sous le nom de « Sel de Boutigny. » En effet, tandis que le mélange du bi-iodure et du bi-chlorure de mercure est *entièrement* soluble dans l'éther, comme le sont séparément déjà les deux composés binaires employés, le sel de Boutiguy, au contraire, ne s'y dissout qu'en partie; il reste, après le traitement par l'éther, un léger dépôt d'une poudre blanche, insoluble également dans l'eau, que quelques gouttes d'ammoniaque colorent en noir, et qui doit être par conséquent du proto-chlorure de mercure. La plus grande partie se dissout sans coloration dans l'éther, comme précédemment.

Je m'en tiens donc, pour ces considérations, au procédé et aux doses indiquées par M. Boutigny; j'y apporte seulement la modification suivante : Je dissous l'iode dans le moins d'éther possible; je laisse évaporer un peu, jusqu'à consistance de pâte liquide, puis j'ajoute le calomel à cette pâte d'iode et je triture quelques minutes; comme l'iode est ainsi divisé à l'infini, la combinaison s'effectue immédiatement, en se colorant d'un très-beau rouge.

Formules de pilules d'iodure de potassium.

De tous les modes d'administration de l'iodure de potassium, le plus facile, le plus sûr pour l'action thérapeutique est la solution aqueuse. Il est des malades qui préfèrent la forme pilulaire; dans ce cas, M. Mollier propose la formule suivante :

Pr.	Iodure de potassium...........	20 grammes.
	Eau distillée....................	10 grammes.
	Amidon........................	10 grammes.

Mêlez et divisez en 100 pilules ; chacune d'elles contiendra 20 centigrammes d'iodure.

Des précautions sont à prendre dans la confection de ces pilules ; il faut éviter, dit ce pharmacien, le contact de tout corps métallique ou facilement décomposable par l'iodure ; faire la masse et diviser les pilules dans un demi-jour ; enfin, prendre toutes les précautions pour éviter les agents de décomposition qui peuvent survenir dans la préparation.

Si l'on met la moindre quantité de gomme, l'iodure est partiellement décomposé.

CORRESPONDANCE MÉDICALE.

Nouvelles observations sur la maladie communiquée à l'homme par la canne de Provence.

En 1845, nous avons signalé dans ce journal une maladie non encore décrite, et communiquée à l'homme par les émanations pulvérulentes de la canne de Provence (*arundo donax*, roseau à quenouille), maladie que je proposais d'appeler *donax-satyriasis*, à raison de l'effet aphrodisiaque qui l'accompagne (*Bulletin de Thérapeutique*, t. XXVIII, p. 414). Alors, comme aujourd'hui, nous faisions un appel aux érudits, afin d'attirer la lumière sur les points encore obscurs de la question.

Notre voix a prêché dans le désert. Un seul journal de médecine, dans sa revue de fin d'année, s'exprimait en ces termes : « Voici venir le docteur Michel de Barbentane qui, croyant découvrir une maladie neuve, la baptise du nom de *donax-satyriasis*, manière neuve d'attirer l'attention... » Malheureusement la critique en resta là, à notre grand déplaisir, car si les journaux et les médecins eussent daigné s'occuper de cette affection, la thérapeutique y aurait gagné beaucoup, et partant les pauvres malades encore plus.

Le silence gardé sur cette curieuse maladie nous engage à revenir ; et aux observations que nous avons déjà publiées, nous venons

ajouter quelques-unes de celles que nous avons recueillies depuis 1845.

Nous avons dit que tant que, la canne de Provence est sur plante, verte, jaune, luisante, bien portante, elle est inoffensive; elle l'est encore après sa récolte par l'intégrité de la surface jaunâtre, lisse et dorée, qui la caractérise. Mais quand, abandonné aux intempéries des saisons, le roseau vient à perdre son vernis, cette espèce d'émail protecteur se désorganise et se couvre d'une poussière noire, espèce de pollen ou moisissure ; c'est alors que la plante donne lieu aux effets toxiques que nous avons longuement décrits dans notre première note.

Comment la canne acquiert-elle cette fâcheuse propriété ? Nous croyons devoir persister dans l'opinion que cette poussière provient de quelque cryptogame, ou champignon vénéneux, qui se développe sur le roseau, peut-être de la même manière que l'ergot s'attache au seigle. Ces deux altérations épiphytiques attaquant deux plantes de la même famille, pourraient bien avoir, disions-nous, une espèce de ressemblance, puisqu'elles exercent toutes deux leur principale influence sur les organes génitaux.

Quoi qu'il en soit, la poussière délétère de la canne de Provence (qui pourrait peut-être devenir aussi un médicament précieux, est l'essence de la maladie sur laquelle nous rappelons l'attention de nos confrères.

Voici ce qui arrive lorsqu'un individu, par une journée de vent et de soleil, a l'imprudence d'aller remuer, secouer, soulever, transporter des cannes depuis longtemps abandonnées aux intempéries des saisons. Environ douze ou vingt-quatre heures après ce dangereux travail, on voit se manifester chez lui une fièvre qui exalte toutes les fonctions de l'économie. Il y a cardialgie, vertiges, coliques, diarrhée, vomissements. Un sentiment de chaleur et de cuisson se déclare sur toute la face qui se gonfle, se tuméfie par l'apparition d'un exanthème papuleux donnant au volume de la tête un accroissement énorme.

Si l'on a avalé de cette poussière jetée par le vent dans la bouche et les voies respiratoires, alors, outre la toux et la dyspnée, il y a des symptômes de gastro-entérite aiguë, quelquefois assez considérables et alarmants pour faire supposer un véritable empoisonnement.

Mais le phénomène le plus remarquable et le plus caractéristique est celui qui se passe aux parties génitales chez les deux sexes. Il survient une turgescence douloureuse de ces organes, accompagnée

de fièvre érotique. L'homme est comme tourmenté de satyriasis, et la femme de nymphomanie.

Obs. I. Le nommé B.-J., âgé de trente-sept ans, agriculteur, travaillant aux champs avec sa femme, et voulant labourer sa terre pour y semer du blé, la débarrassait des vieux fagots de cannes qui s'y trouvaient entassés. C'était dans le mois de septembre 1849. La journée avait été chaude, accompagnée d'un léger vent du midi, qui portait sur eux la poussière des roseaux à moitié putréfiés.

Le soir, dès leur retour au foyer domestique, apparut un brisement des membres avec anxiété, soif, perte d'appétit, fièvre. La nuit fut mauvaise. Je fus appelé dans la matinée, et à mon arrivée à Barbentane, je constatai une enflure et une éruption sur la face, ainsi qu'un éréthisme des parties sexuelles. Joignez à cela des coliques, des vomissements, des suffocations, du délire, des lipothymies, et l'on aura une idée du triste spectacle dont j'étais le témoin.

Obs. II. Le nommé F. S*** avait remué et transporté de vieilles cannes dans la matinée pour construire un abri. Sur le soir, il éprouve de la lassitude des membres, de la céphalalgie, une espèce d'ivresse, du gonflement des yeux et des lèvres assez intense pour l'obliger de s'aliter. Pendant la nuit, la fièvre se déclara, suivie de nausées et de hoquet. En même temps que la figure se couvrait de phlyctènes, les parties sexuelles étaient le siége d'un exanthème semblable.

Obs. III. J. G***, paysan, âgé de quarante-huit ans, ayant transporté de vieux roseaux moisis, pendant quelques heures seulement, en éprouva néanmoins des coliques, des aphthes sur la langue, et au pharynx. Il y eut en même temps boursouflure aux parties, désirs vénériens et pollutions involontaires.

Obs. IV. A. A***, lessiveuse, âgée de vingt-six ans, forte et robuste, avait secoué et brûlé quantité de vieux fagots de cannes altérées, dont elle avait respiré les miasmes devant son feu. La nuit, elle fut bien souffrante et bien agitée. Quand cette jeune femme nous fit appeler pour recevoir nos soins, elle était dans un état d'exaltation physique et morale extrême. Sa tête était monstrueuse, sa figure comme couverte d'un masque de croûtes laiteuses, laide à faire peur ; elle était tourmentée de désirs lascifs et comme dans un paroxysme de frénésie.

Obs. V. Le 22 décembre 1858, un propriétaire de nos amis, M. C***, âgé de cinquante ans, de la meilleure santé du monde, s'était amusé à remuer dans son jardin quelques vieilles cannes abandonnées ; le soir même, il éprouva, et pendant plusieurs jours, de violentes coliques, suivies de rétention d'urine et de vomissements de sang, etc.

Notre ami, ignorant la cause d'une maladie si bizarre et si promptement grave, se croyait empoisonné par ses aliments ou ses boissons, quand il lui vint à la pensée que tous ces désordres pouvaient

bien être rapportés à l'attouchement intempestif des vieux roseaux, comme il y en avait eu des exemples dans le pays, principalement sur les bords du Rhône et de la Durance.

Nous pourrions encore citer plusieurs faits, mais à quoi bon? ils se ressemblent à peu près tous! Les hommes atteints de donax-satyriasis, outre l'enflure de la figure et des organes sexuels, éprouvent du priapisme, et la femme des convulsions hystériques poussées à l'extrême, si la dose du pollen respiré par la bouche, ou porté par le vent sous les jupes, a été abondante.

En présence de ces tableaux si frappants, nous avons peine à comprendre pourquoi la science a laissé dans l'oubli cette hideuse affection, et par suite un vide dans la thérapeutique, ce qui oblige parfois les gens de la campagne, et même les médecins, à recourir à des moyens impuissants et même dangereux, n'ayant aucun guide à cet égard. Aussi, quelques fermiers ont-ils payé de leur vie la lacune que nous signalons, comme le montre l'obs. I (p. 416) de notre premier travail, et nous savons que ce n'est pas le seul exemple. Il serait bien important pour les colons, que leur profession expose journellement aux émanations de cet agent délétère, que la science arrivât à leur signaler un antidote sûr.

Pour les praticiens qui n'auraient pas souvenir de notre mode de traitement, nous leur rappelons en deux mots qu'il faut immédiatement employer pour boisson la limonade au citron, appliquer sur les parties malades un liniment d'huile d'olive vierge et camphrée, et expulser au plus vite le pollen vénéneux ingéré, par les vomitifs et les purgatifs, en donnant la préférence à l'ipécacuanha, et à l'huile de ricin laudanisée. Ce sont les moyens qui nous ont le mieux réussi, et nous les rappelons en attendant qu'une plus longue expérience en ait signalé de plus efficaces.

Qu'on nous permette, en terminant cette note, de répéter ce que nous écrivions à ce sujet en 1845 : « Ayant signalé aux hommes de la science l'altération de la canne de Provence, la maladie qu'elle occasionne, le remède qui nous semble le mieux convenir, notre tâche est remplie, impuissant que nous sommes à pouvoir apprécier les effets toxiques et la valeur thérapeutique d'un produit encore inconnu, mais digne peut-être d'être étudié par les chimistes, les thérapeutes et aussi par les toxicologues. »

Dr MICHEL,
Médecin en chef de l'hospice Isnard,
à Avignon.

BIBLIOGRAPHIE.

1° *Recherches cliniques et anatomiques sur les affections pseudo-membraneuses*, productions plastiques, diphthéritiques, ulcéro-membraneuses, aphtheuses, croup, muguet, etc., par M. A. Laboulbène, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris, ancien interne lauréat des hôpitaux, etc.

2° *Des paralysies diphthéritiques*, par le docteur A. Maingault, ancien interne lauréat des hôpitaux, membre associé de la Société médicale des hôpitaux.

3° *Des paralysies, dans leurs rapports avec les maladies aiguës, et spécialement des paralysies asthéniques, diffuses, des convalescents*, par Adolphe Gubler, professeur agrégé de la Faculté de médecine de Paris, médecin de l'hôpital Beaujon, etc.

Lorsque, pour la première fois, le livre de M. Laboulbène nous tomba sous les yeux, le titre nous arrêta un instant, et nous ne pûmes nous défendre de la crainte qu'à force de vouloir être complet, l'auteur n'eût un peu mêlé les choses, et qu'au lieu d'arriver à l'ordre et à la clarté par l'analyse de formes morbides qui ont entre elles quelque analogie, il ne brouillât encore davantage les questions qu'il s'agissait d'élucider. Heureusement, et nous nous hâtons de le dire, la lecture attentive de l'ouvrage de notre jeune et laborieux confrère a vite dissipé ces craintes, et nous estimons que, sans qu'il fût rigoureusement nécessaire de comparer si compendieusement dans une étude si largement compréhensive des états morbides, et surtout des affections aussi diverses, nous estimons, disons-nous, que l'auteur a fait un ouvrage utile, et que consulteront avec fruit un bon nombre de praticiens qui n'ont pas toujours trouvé dans les discussions nombreuses, qu'ont provoquées dans ces temps plusieurs de ces questions, la lumière qu'ils en attendaient.

A comprendre, comme il l'a fait, l'étude des affections pseudo-membraneuses, il était impossible que M. Laboulbène ne s'occupât largement de l'étude des lésions locales, et ne s'appliquât, autant qu'une analyse le permet, à distinguer ces lésions les unes des autres : c'est aussi bien par là que l'auteur débute dans sa laborieuse étude. Toutefois, comme pour bien marquer tout d'abord que, quelque importantes que soient, à ce point de vue, les données fournies par l'anatomie pathologique, ces données ne suffisent pas même au diagnostic différentiel des maladies, dont un des caractères consiste dans les productions de pseudo-membranes, ou de simples formations plastiques, l'auteur des *Recherches cliniques et anatomiques sur les affections pseudo-membraneuses* commence

son travail par l'étude clinique, par l'étude sur le vif des productions morbides dont il se propose de tracer l'histoire médicale. Après avoir ainsi étudié ces productions pathologiques, tant au point de vue des formes qu'elles affectent, qu'au point de vue de leur marche, de leur lieu de prédilection, et des phénomènes locaux qui les accompagnent, M. Laboulbène n'hésite pas à poser cette conclusion que, dans l'immense majorité des cas, il suffit de cette étude topique, si l'on veut bien nous permettre ce mot, pour distinguer les unes des autres la diphthérite proprement dite, le muguet, la stomatite ulcéro-membraneuse, l'angine scarlatineuse pultacée, les aphthes vrais, veino-ulcéreux à fausses membranes, et la stomatite mercurielle. Ce n'est qu'après avoir, d'un trait rapide et sûr, tracé le tableau différentiel de ces productions plastiques, si différentes en leur signification pathologique, que l'auteur demande à l'anatomie morte les enseignements qu'elle peut fournir à l'observation, et à l'intellectualisation, pour nous servir d'un mot de M. Bouillaud, de ces diverses maladies. Dans l'énumération que nous venons de faire de celles-ci, on remarquera qu'il n'est pas question de l'angine couenneuse commune proprement dite, cette angine commune, sur laquelle M. Gubler a jeté de si vives lumières, et qu'il a si justement dénommée et caractérisée tout à la fois, en la décrivant sous le nom d'*herpès* guttural ou pharyngé. Cette omission n'était pas possible de la part d'un médecin aussi instruit que M. Laboulbène, aussi n'existe-elle pas réellement; seulement, l'auteur a cru devoir placer dans une autre partie de son livre la discussion de cette question importante entre toutes. En ceci, M. Laboulbène a eu tort et raison tout à la fois : il a eu tort, car en ne parlant point, dans cette revue clinique complète des formations plastiques de cette forme de l'angine couenneuse, il a nécessairement tronqué son tableau ; et il a eu raison, car, suivant notre humble opinion, dans beaucoup de cas, il est impossible, rien qu'à l'aspect des choses, de distinguer l'*herpès* guttural simple de l'angine pseudo-membraneuse proprement dite. M. Gubler, il est vrai, affirme que cette distinction d'emblée est toujours possible, et M. Laboulbène lui-même tend à se ranger à cet avis ; mais, malgré notre profond respect pour l'un et pour l'autre de ces auteurs, nous maintenons, jusqu'à ce que la preuve du contraire soit faite, que cette affirmation va un peu au delà des enseignements d'une observation attentive; mais c'est là une pure peccadille, passons.

Nous avons dit que M. Laboulbène, avant de faire de l'anatomie pathologique, avait cru devoir faire de la pathologie; il a agi sage-

ment en cela, car la maladie, c'est de la vie, et les enseignements de celle-ci valent mieux, en tant qu'il s'agit, par la médecine, de corriger les déviations morbides, que les enseignements, tout importants qu'ils sont, de l'anatomie morte. En esprit sage, l'auteur n'en a pas moins consulté ces derniers enseignements, auxquels il a même donné une très-large place dans son livre. Nous ne le suivrons pas dans cette étude analytique, où l'auteur emploie tour à tour ou simultanément, la dissection anatomique, les réactifs chimiques, le microscope, etc. Pour donner la mesure de la valeur de cette partie importante de son travail, il nous suffira de dire que M. Laboulbène s'est surtout inspiré ici des travaux d'un observateur et d'un penseur profond, bien qu'un peu hardi en certaines questions, M. Charles Robin. Cette partie du travail de l'auteur est complétée par une étude non moins intéressante, c'est celle qui est relative au développement du parasitisme végétal dans les pseudo-membranes. C'est encore là un côté de la question immense embrassée par M. Laboulbène, que nous ne pouvons que mentionner en passant.

Enfin, nous signalerons d'une manière spéciale, et parce que c'est là suivant nous qu'est surtout l'intérêt pratique, le quatrième chapitre du Traité des affections pseudo-membraneuses, où l'auteur étudie avec indépendance et sagacité les principales questions relatives à la diphthérite proprement dite. Nous ne dirons pas que, de cette discussion profonde et bien conduite, il sorte aucune vue originale, qui imprime à la science sur ce point un progrès réel; non : toutes les conclusions de l'auteur sont des conclusions auxquelles d'autres sont arrivés avant lui, et tout son mérite, et c'en est un réel à nos yeux, c'est d'avoir saisi, au milieu des discussions souvent passionnées que ces questions ont entraînées, le vrai jour, la véritable lumière, et de ne l'avoir pas confondu avec les phosphènes de l'imagination. En un mot, tous ceux qui voudront savoir où l'on en est sur ces questions, à cette heure de la science, pourront consulter le livre dont nous parlons : nulle part ailleurs ils ne trouveront une doctrine plus saine, plus dégagée des vaines préoccupations théoriques dont on a si souvent, ici comme ailleurs, surchargé les enseignements simples et vrais de la nature. Nous signalerons surtout ici deux données importantes qu'a mises en vive lumière, dans cette partie de son important travail, M. Laboulbène : la première de ces données, c'est celle de la contagion, qui est surabondamment démontrée par des faits authentiques, et que n'ébranlent pas les inoculations impunies faites sur eux-mêmes par MM. Trous-

seau, Peter, etc. ; car ces résultats négatifs, comme le fait justement remarquer l'auteur, ne prouvent qu'une chose, c'est que l'inoculation n'est pas le mode ordinaire suivant lequel la maladie se communique. La seconde donnée sur laquelle nous voudrions surtout fixer l'attention du lecteur, c'est la nature de la maladie qui est essentiellement générale, et dont le traumatisme local, tout grave qu'il peut être en soi, par son extension possible au larynx, et peut-être par son influence toxique sur l'économie, n'est pourtant qu'une face de l'affection. Pour bien préciser la pensée de l'auteur sur ce point capital, qu'on nous permette de citer textuellement un court passage de son livre : « Nous *voyons* donc que dans la diphthérie, il ne faut pas *voir* seulement le produit plastique, mais aller au delà : la diphthérie est une maladie spécifique, à manifestations multiples et s'accompagnant de phénomènes inflammatoires. Les fausses membranes localisées, et accompagnées d'accidents, souvent hors de proportion avec l'état général, ou, au contraire, des fausses membranes étendues sur des surfaces larges et nombreuses, sans que l'état général soit grave, nous montrent tour à tour une cause générale et unique dominant toutes les manifestations multiples... La diphthérie est si bien une maladie générale, qu'elle offre, comme toutes les maladies *totius substantiæ*, une altération profonde des humeurs, et qu'elle laisse après elle des paralysies, une anémie considérable, une véritable cachexie à laquelle les malades peuvent succomber. »

Bien que nous eussions aimé à suivre encore l'auteur dans le résumé sommaire qu'il fait de la thérapeutique applicable aux affections pseudo-membraneuses, et dans l'historique très-intéressant par lequel il termine son livre, nous nous arrêterons ici cependant, et partirons de la dernière remarque que nous venons de rappeler pour signaler à l'attention du public médical les deux mémoires dont nous avons donné le titre en commençant cet article, et dans lesquels MM. Gubler et Maingault ont étudié d'une manière spéciale, et chacun à son point de vue, la question des paralysies qui suivent si souvent la diphthérie, quelle que soit d'ailleurs la forme sous laquelle elle s'est produite.

Le dernier de ces auteurs n'hésite point à voir dans ces paralysies une détermination morbide propre à la maladie, dans la convalescence de laquelle elle se manifeste ; quelque grande que soit à nos yeux l'opinion différente de son contradicteur, M. Gubler, nous n'hésitons pas, pour nous, à accepter complétement cette conception doctrinale, qui nous paraît en concordance évidente avec les faits rigoureu-

sement observés. Dès la première page de son travail, M. Maingault distingue certaines paralysies du voile du palais et du pharynx, qui sont toutes locales, en quelque sorte traumatiques, et qui ne tendent point à se généraliser : ces paralysies sont extrêmement fréquentes et on peut les rencontrer après toute inflammation non spécifique, qui vient à se développer dans la région amygdalo-pharyngienne. Cette espèce de paralysie semble pouvoir s'expliquer heureusement par le traumatisme même qui l'a précédée, et paraît évidemment avoir le caractère des paralysies que, dans ces derniers temps, on a, par une expression juste, appelées idiomusculaires. Mais il existe une autre classe de paralysies qui surviennent également, bien que moins fréquemment, dans la diphthérie, et qui se distinguent essentiellement de celles dont nous venons de parler, et par l'époque de la maladie à laquelle elles se développent, et par la marche, et par la tendance à se généraliser.

C'est en vain jusqu'ici qu'on a demandé à l'anatomie pathologique ses enseignements pour se rendre compte d'un si singulier accident ; l'anatomie est restée muette. C'est ce résultat complétement négatif des recherches de cet ordre qui a conduit M. Maingault, et avec lui un grand nombre de bons esprits, à voir dans cet accident l'expression d'une intoxication générale, qui porterait son atteinte spéciale sur l'innervation. Cette conclusion est évidemment la seule légitime dans l'état de la science : et pourtant on ne peut se dissimuler qu'elle se heurte immédiatement à de nombreuses difficultés; nous n'indiquerons qu'une de celles-ci : si la lésion fonctionnelle dont il s'agit, la paralysie progressive diphthéritique naît du conflit d'un sang altéré dans sa composition avec le système nerveux, il est impossible de ne point rattacher cette altération du liquide sanguin à la cause même qui a produit la maladie dont elle est l'expression ultime, ou à la résorption de ces produits; mais alors comment se fait-il que cette paralysie ne survienne, le plus ordinairement, qu'un assez long temps après que cette maladie a disparu, et que, quand elle se produit, la convalescence est déjà complète, ou tout au moins que celle-ci est en voie de progrès évident? Il y a là une inconnue à dégager dont plusieurs se sont déjà occupés, mais sans réussir à dissiper l'obscurité dont s'enveloppe le problème. Nous avons en main quelques faits qui nous permettront peut-être un jour de tenter la solution de cette question. L'espace nous manque en ce moment pour exposer ces faits, et soumettre aux lecteurs du *Bulletin de Thérapeutique* la conclusion qu'il nous semble légitime d'en tirer. Quoi qu'il en soit à cet égard, nous le répétons, en

faisant de la paralysie progressive qui survient dans la convalescence de la diphthérite, une détermination morbide nettement caractérisée, et qui a sa place marquée dans le cadre nosologique, M. Maingault nous paraît être dans le vrai ; et cette notion, qu'il a le plus contribué à introduire dans la science, y restera.

Ce n'est pourtant point là le sentiment d'un des esprits les plus distingués de ce temps-ci, de M. Gubler. Dans la pensée de notre savant confrère, la paralysie diphthéritique n'offre rien de spécial, elle s'assimile complétement à une paralysie identique, de même forme et de même marche, qui peut survenir à la suite d'un grand nombre de maladies aiguës. M. Gubler, pour soutenir sa thèse, montre successivement que cette paralysie peut se produire dans un grand nombre de maladies, entre autres dans le choléra, la dyssenterie, la fièvre typhoïde, dans les fièvres éruptives, etc., et que là partout elle ne revêt pas d'autres caractères que ceux qu'elle présente quand elle est la conclusion de la diphthérite. Nous avons lu avec le plus vif intérêt le mémoire de M. Gubler, dans le dernier fascicule des actes de la Société médicale des hôpitaux de Paris ; et si l'auteur ne prouve pas que la paralysie progressive de la diphthérite ne soit pas une détermination morbide spéciale, son travail, marqué du cachet d'une intelligence supérieure, n'en mérite pas moins de fixer au plus haut degré l'attention des médecins, car il met en pleine lumière un ordre de faits qui jusque-là n'avaient guère été qu'entrevus. Je ne sais si je m'abuse, mais à lire avec attention tout ce qui est sorti de la plume de notre savant confrère, on ne peut se défendre de l'espoir que, le travail aidant, et un peu, s'il est possible, les circonstances, il y a dans ce médecin, jeune encore, une puissance de conception, une largeur de vues, une originalité et, ce qui n'y nuit pas, une hardiesse d'idées qui promettent un homme à notre science, dont le pas traîne un peu depuis quelque vingt ans. Nous avons beaucoup démoli, mais avons-nous construit beaucoup? des phrases, oui ; mais des choses, peu, très-peu. C'est ce sentiment profond d'une indigence réelle, au milieu d'une abondance presque stérile, qui nous fait encourager du geste et de la voix toute intelligence supérieure qui se montre à l'horizon, et dont nous espérons autre chose que les ombres chinoises du kaléidoscope de la fantaisie.

BULLETIN DES HOPITAUX.

Granulations de la muqueuse utérine guéries par les cautérisations avec l'azotate d'argent fondu. — Grossesse consécutive chez une primipare agée de quarante-trois ans. — Oblitération complète de l'orifice externe du col. — Hystérotomie vaginale. — Influence de la busserole sur les contractions utérines. — Accouchement heureux. — Les divers travaux, précédemment publiés dans notre recueil, relativement à l'influence que l'uva-ursi exerce sur les contractions de l'utérus gravide, nous engagent à reproduire l'observation suivante, que M. le docteur Costilhes vient de lire à la Société de médecine. Voici ce fait intéressant :

Obs. — Mme C***, âgée actuellement de quarante-quatre ans, d'une bonne constitution, mariée à seize ans, veuve à vingt ans, a contracté depuis de nouveaux liens ; elle n'a jamais eu ni fausses couches, ni enfants; elle éprouve, depuis longues années, dans la région lombaire et le bas-ventre surtout, des douleurs, des pesanteurs pendant l'écoulement menstruel.

Il y a huit ans, cette dame avait reçu les soins du docteur Chérest, à l'occasion d'un catarrhe utérin. A cette époque, comme aujourd'hui, le col et le corps de l'utérus sont sains, mais l'orifice externe du col n'offre qu'un pertuis où entre avec peine une bougie de 2 millimètres, et d'où s'échappent, plusieurs jours après les règles, des mucosités séro-sanguinolentes avec coliques utérines.

En janvier 1858, les menstrues viennent, puis elles s'arrêtent tout à coup; surviennent alors des douleurs atroces dans l'hypogastre et dans les reins ; la face est pâle, la marche est pénible. A l'examen, le col ne présente rien d'anormal. Je passe une bougie filiforme qui pénètre très-lentement. En la retirant, il s'échappe un flot de sang noir, répandant une odeur infecte. Soulagement immédiat ; le sang continue à s'écouler pendant deux jours.

Quelle était la cause de l'arrêt des règles ? Je n'hésite pas à le dire : un certain degré de phlegmasie ou d'hypérémie, des granulations obstruant le canal utérin vers son isthme, aidée sans doute de petits caillots...

En juin, les règles viennent sans douleurs, mais persistent pendant quinze jours. Après deux jours d'arrêt, des douleurs, atroces à jeter des cris, surviennent dans l'hypogastre. Comme la première fois, j'introduis dans le col plusieurs bougies qui ne procurent aucun soulagement à la malade. Application de douze sangsues sur le col ; aucune amélioration; cataplasmes laudanisés, potion calmante, lavements émollients et calmants.

Des nausées se montrent à chaque instant ; inappétence, et, chose remarquable, absence de fièvre. Huit jours après, le sang apparaît

de nouveau ; l'hypogastre n'est plus sensible ; cependant, le sang continuant à couler, je donne des pilules composées de quinquina jaune royal et d'ergotine.

Persistance de l'écoulement sanguin. Enfin, le 29 juin, le sang est arrêté.

Le 1er juillet, je pratique le cathétérisme avec une bougie à bout olivaire ; mais, arrivé à l'isthme de l'utérus, vers l'orifice interne du col, je sens manifestement un obstacle, et j'amène des mucosités sanguinolentes. Dans le but de modifier et réprimer cet état granuleux semi-phlegmatique de la muqueuse utérine, je cautérise avec le porte-nitrate la portion malade du canal utérin. La malade ne manifeste aucune douleur. Trois cautérisations sont faites, le 5, le 10 et le 16 juillet. Les dernières cautérisations ont répondu dans le rectum.

Le 20 juillet, plus de douleurs, plus d'écoulement ; le 25, apparition des règles, mais quelques gouttes seulement.

Le 26 juillet, douleur et pesanteur à l'hypogastre, commençant à midi et se terminant à deux heures du matin. Vers cette heure apparaît un écoulement séro-sanguinolent qui s'échappe à flot, mêlé cependant de quelques gouttes de sang très-rouge. A l'instant même, les douleurs cessent complétement. Le 29, cette dame se rend dans sa famille, qui habite les montagnes de la haute Auvergne, où elle passe six semaines, jouissant d'une santé florissante. Ses menstrues sont arrivées en août sans souffrance.

Dans les premiers jours de septembre, une rechute paraissant imminente, je me suis hâté de cautériser une cinquième fois, après avoir pratiqué le cathétérisme sans douleur. A part quelques débridements de l'orifice externe du col, la guérison de Mme C*** s'est maintenue.

Effectivement, en mai 1860, Mme C*** est devenue enceinte. Pendant trois mois, on pouvait croire que cette dame, âgée de quarante-trois ans, était arrivée au terme de la ménopause ; mais bientôt il fallut se rendre à l'évidence. A certains mouvements, presque imperceptibles d'abord, Mme C*** comprit qu'elle était mère. Du reste, cette dame, pendant la durée de sa grossesse, a joui d'une santé excellente.

Le 9 décembre 1860, à onze heures du soir, les premières douleurs d'enfantement se sont manifestées.

Appelé à une heure du matin, je reconnus d'abord une présentation céphalique ; puis je constatai que le col était complétement effacé, mais que son orifice externe était oblitéré, ainsi que je m'en étais déjà assuré deux fois.

On sentait, en effet, quand on pratiquait le toucher avec soin, une simple dépression au centre du segment inférieur de l'utérus. D'ailleurs, le fond du vagin était sec et ne présentait, par conséquent, aucune sécrétion muqueuse ; en outre, on ne constatait pas de liquide amniotique au-dessous de la tête de l'enfant.

Pendant une heure et demie, je fus témoin de douleurs régulières et très-énergiques, de cinq en cinq minutes ; l'utérus se contractait physiologiquement dans son ensemble, et cependant aucune

trace de dilatation du col ne se montrait. Je devais craindre une rupture du segment inférieur de l'utérus. C'était assurément le moment d'intervenir chirurgicalement.

Je plaçai la malade sur un lit élevé, les cuisses fortement écartées et fléchies sur le bassin, et, sans autre aide que la garde, je procédai à l'hystérotomie vaginale. C'est ainsi que, profitant d'une douleur, j'introduisis jusqu'au-dessous de la dépression dont je viens de parler l'indicateur de la main gauche, sur lequel je fis glisser un long bistouri droit boutonné, garni d'une petite bandelette de toile, afin de ne laisser que 4 à 5 millimètres de tranchant.

Je parvins, non sans une certaine difficulté, en inclinant l'instrument à gauche, à faire une première incision de 4 à 6 millimètres à droite, puis une deuxième à gauche, toujours en portant le bistouri du côté opposé, enfin, une autre en avant et une dernière en arrière.

Bientôt survinrent des matières muqueuses, en même temps qu'un commencement de dilatation. Enfin, au bout d'une heure, on constatait une dilatation du col de 3 à 4 centimètres de diamètre. Tout alla bien jusqu'à huit heures du matin. A ce moment, Mme C*** commençait à perdre courage, alors que ses forces paraissaient l'abandonner. Ce fut dans cette circonstance que je lui fis prendre une infusion de 20 grammes de feuilles de busserole pour un 1/2 litre d'eau, dont la première tasse ranima les contractions utérines en l'espace de trois minutes; une deuxième tasse fut administrée dix minutes après; enfin, à la suite de la troisième tasse, la dilatation du col était complète, et, bien que la vulve fût très-étroite et le muscle constricteur du vagin très-accentué, néanmoins, l'accouchement s'effectua naturellement et heureusement, le 10 décembre, à dix heures du matin. C'était un enfant du sexe masculin, fort et bien portant. Les suites de couches furent des plus heureuses.

En définitive, quelle a été la cause de l'oblitération du col? Si l'on se souvient que celui-ci avait été fréquemment cautérisé avant la fécondation, on pourra répondre sans conteste : l'inflammation. Qu'on se rappelle effectivement l'étroitesse du canal utérin; à peine l'orifice externe avait-il un millimètre de diamètre.

Ainsi, au résumé, voilà une dame qui reste stérile pendant vingt-sept ans, affectée qu'elle est d'une métrite granuleuse qui, une fois guérie par un traitement méthodique, permet la fécondation, mais chez laquelle il survient, dans le cours de sa grossesse, une oblitération du col externe, qu'il faut débrider au moment de la parturition. Néanmoins, elle accouche sans autre intervention obstétricale. Quoi qu'il en soit de cette observation, aussi intéressante que rare dans les annales de la science, je pense qu'on peut en déduire les conclusions suivantes, sur lesquelles j'ai voulu attirer l'attention de la Société, à savoir :

1° Que les granulations du col de l'utérus et de sa cavité peuvent être une cause de stérilité;

2° Qu'en traitant méthodiquement les granulations, au moyen de la cautérisation avec l'azotate d'argent fondu, on peut les guérir radicalement;

3° Que, sans l'hystérotomie pratiquée sur le col, l'utérus, sous l'influence des contractions énergiques, aurait pu se rompre;

4° Que la busserole à haute dose a eu, dans cette occurrence, une action incontestée et incontestable.

A cette occasion, qu'il me soit permis de rappeler que, l'année dernière, à pareille époque, M. Depaul lisait à l'Académie de médecine un intéressant mémoire sur l'oblitération complète du col utérin chez la femme enceinte.

Dans ce travail, on trouve l'histoire de trois observations personnelles à l'auteur, et de cinq autres cas appartenant à différents confrères.

Il traite de ce vice de conformation sous le triple rapport de l'étiologie, du diagnostic et du traitement.

Le premier cas, à part un rétrécissement du diamètre antéro-postérieur du bassin, qui nécessita la céphalotripsie, a une certaine ressemblance avec le mien. Il s'agissait également d'une oblitération de l'orifice externe du col; seulement, M. Depaul n'est intervenu qu'après quatre jours de douleurs et de violentes contractions utérines. Néanmoins, la femme a guéri. En lisant cette observation, on se demande pourquoi on a attendu quatre-vingt-seize heures avant de pratiquer l'hystérotomie vaginale. Si on eût agi le premier jour, n'aurait-on pas épargné à cette malheureuse femme quatre longs jours de souffrance?

La deuxième observation est relative à une femme de vingt-six ans, atteinte d'une oblitération de l'orifice interne du col de l'utérus, et enceinte de sept mois, chez laquelle M. Depaul provoqua un accouchement prématuré artificiel, tant elle avait de vomissements opiniâtres. Ce fait offre d'ailleurs un intérêt particulier, à savoir : qu'il est peut-être le premier exemple d'oblitération de l'orifice interne du col, observé chez une femme enceinte. Elle est curieuse encore par la coïncidence d'une grossesse et d'une altération organique de l'estomac, circonstance qui explique pourquoi on attribua à la grossesse des vomissements qui avaient probablement leur point de départ dans le carcinome de l'estomac.

Dans la troisième observation, il s'agit, comme dans le premier cas, d'une oblitération de l'orifice externe du col chez une femme

primipare de vingt-sept ans, parvenue au terme de sa grossesse, chez laquelle on pratiqua l'hystérotomie vaginale, et on obtint un enfant vivant par l'application du forceps. La mère se rétablit et allaita onze mois son enfant.

Si, au lieu du simple récit du fait que j'ai observé, j'eusse tenté de faire un mémoire, je me serais étendu sur les causes d'erreur de ce vice de conformation, mais *non hic est locus*. Je me contenterai donc de faire remarquer que les causes d'erreur sont :

1° La déviation du col, dont les auteurs ont beaucoup parlé;

2° Les vices de conformation du bassin, qui empêchent le segment inférieur de l'utérus de descendre dans le petit bassin, et de prendre la forme globuleuse ordinaire;

3° L'insertion, surtout chez la primipare, du vagin sur les bords de l'orifice externe du col, de telle sorte que le cul-de-sac vaginal n'existe pas;

4° Le cloisonnement transversal et congénital du vagin.

Comme les divers vices de conformation ont été convenablement traités par les auteurs, et notamment par M. Depaul, je n'insisterai pas davantage sur ce point. Seulement, j'ajouterai, en terminant, que M. Depaul s'est servi, dans ses trois opérations, de deux bistouris : le premier, long, pointu ou arrondi, et le second, boutonné et courbé. Je pense qu'en général, ainsi que je l'ai fait, on pourrait avec avantage se servir d'un seul et même bistouri, le droit boutonné, par exemple. En procédant ainsi, on s'éviterait la crainte des piqûres, et, avec un peu de patience, on pratiquerait aisément, et avec chance de succès, l'hystérotomie vaginale,

RÉPERTOIRE MÉDICAL.

Anasarque *scarlatineuse (Quinine dans l')*. Le docteur Hamburger termine un long mémoire sur l'hydropisie scarlatineuse, en faisant connaître les résultats de son expérience relativement à l'emploi de la quinine dans cet état morbide. Il a administré ce médicament dans quarante-sept cas, et dans quarante-quatre une amélioration eut lieu immédiatement ou dans l'espace d'un petit nombre de jours ; dans trois cas seulement il n'y eut aucun changement ni en bien ni en mal. Les effets observés sont : une diminution des symptômes fébriles de la période subaiguë, l'augmentation de la sécrétion urinaire qui devient plus claire, la résorption des liquides épanchés, même la résolution d'abcès déjà formés, le retour de l'appétit et des forces. L'urine, cependant, continue à être albumineuse pendant quelque temps ; mais cela ne fait pas obstacle aux progrès de la convalescence. D'après le résumé que le docteur Hamburger donne de ses observations, c'est dans la forme chronique de l'hydropisie scarlatineuse que l'action de la quinine donne les meilleurs résultats et se manifeste avec le plus de rapidité : dans les cas de cet ordre, l'amélioration se produit presque immédia-

tement après les premières doses. Au commencement, aussi longtemps que dure la période aiguë, l'emploi de la quinine peut être différé pendant quelques jours, si le danger n'est pas pressant. Dans plusieurs occasions, le docteur Hamburger a vu l'état du malade rester le même pendant plusieurs jours, ou même empirer graduellement, l'urine prenant une coloration plus foncée et les épanchements devenant plus considérables. La quinine était-elle alors donnée hardiment, un heureux résultat en était la conséquence. Si une amélioration marquée ne se manifeste pas au bout de trois ou quatre jours de l'administration du médicament, il faut le supprimer ; mais, même dans ce cas, il ne devrait pas être regardé comme dépourvu d'utilité, car il paraît agir sur la spécificité de la maladie. La dose est de 1 demi-grain à 2 grains deux fois par jour pour les enfants, et de 3 à 4 grains pour les adultes. Pendant l'usage de la quinine, il faut surveiller le régime avec beaucoup d'attention, un soin tout particulier devant être pris de ne pas fatiguer le canal intestinal, très-irritable, par une surcharge d'aliments et boissons. (*Prag. Vierteljahrschrift*, 1861, et *British med. journ.*, 18 mai 1861.)

Clitoris (*Hypertrophie du*) *guérie par étranglement, au moyen de la ligature.* Dans les cas de tumeurs ou d'hypertrophie du clitoris, lorsqu'il y a lieu d'agir chirurgicalement, les auteurs conseillent généralement l'emploi de l'instrument tranchant, de préférence à tout autre moyen, et notamment à la ligature. Ainsi font Boyer, M. Velpeau ; ce dernier, toutefois, ajoute (*Dictionnaire* en 30 vol., art. Vulve) qu'il n'en serait pas ainsi, s'il y avait lieu de craindre l'existence de vaisseaux volumineux dans la racine même de l'organe. C'est précisément cette crainte, la crainte d'une hémorrhagie grave et qui pourrait peut-être devenir mortelle, s'il procédait par excision, qui a décidé M. le docteur Appia, de Genève, à tenter l'extirpation par voie d'étranglement, dans un cas d'hypertrophie du clitoris chez une femme de cinquante-huit ans.

La tumeur, de forme hémisphérique, était véritablement énorme. Recouverte supérieurement, dans les deux tiers de sa surface, par la peau du mont de Vénus et la moitié supérieure des grandes lèvres, s'étendant en bas jusqu'au vagin dont elle rétrécissait notablement l'ouverture, et comprenant par conséquent l'orifice de l'urètre, qui venait s'ouvrir à sa surface, elle ne mesurait pas moins de 10 pouces de circonférence longitudinale, du pubis à l'entrée du vagin ; le diamètre correspondant était de 6 pouces, le latéral de 5, et l'antéro-postérieur de 4 1/2.

Ce volume considérable rendait difficile l'étranglement en masse, à l'aide d'une seule ligature ; de plus, il fallait éviter d'étrangler l'urètre. Pour éviter ce double inconvénient, après avoir mis, en haut, le pédicule à découvert, en pratiquant une section médiane sur le pubis et deux sections latérales sur les grandes lèvres, rejoignant la première en forme d'Y, puis décollé la peau en dehors de ces incisions, M. Appia eut recours à l'emploi de ligatures multiples. Sans entrer dans les détails du procédé, disons qu'il consista essentiellement à traverser le pédicule de la tumeur, à ras de son implantation, avec de forts cordons de soie passés au moyen d'aiguilles, les supérieurs horizontalement, les autres dans un sens oblique par rapport aux précédents ; à partager ainsi ce pédicule en plusieurs portions qui furent liées séparément, savoir deux portions au-dessus de l'urètre, et deux portions latérales à ce même canal, de manière que celui-ci fût ménagé. Une sonde à demeure fut placée dans la vessie et la malade replacée dans son lit. Les suites de l'opération furent heureuses, à part quelques accidents dont on se rendit maître : les parties étranglées se sphacélèrent, furent détachées successivement ; la cicatrisation était complète au bout d'un mois environ, et depuis quatre ans la guérison est parfaite.

L'application de ce procédé opératoire dut être et fut en effet très-laborieuse ; mais elle fut suivie de succès, et l'on ne peut rien demander de plus. Nous ajouterons seulement que, dans des cas de ce genre, la préférence devrait être, sans nul doute, accordée à l'écrasement linéaire de M. Chassaignac, lequel, entre autres avantages, aurait celui de mettre plus sûrement qu'aucun procédé à l'abri de toute chance d'hémorrhagie. (*Journ. de méd. de Bruxelles*, août 1861.)

Injections hypodermiques (*Quelques mots relatifs à l'historique des*). Quoique ce soit nous éloigner de la spécialité de notre publication que de mettre sous les yeux de nos lec-

leurs les réclamations de priorité, nous espérons qu'ils nous excuseront, et pourront même nous savoir gré de leur dire quelques mots, à ce point de vue, concernant la méthode des injections hypodermiques, méthode qui, pour n'être pas encore tombée dans la pratique courante, n'en a pas moins une place assurée en thérapeutique appliquée. On sait que l'invention de cette méthode est généralement attribuée à un médecin anglais, M. Wood, qui l'expérimenta pour la première fois en 1853. Or, voici qu'un autre médecin du même pays, M. F. Rynd, revendique l'honneur de la première idée et de la première application. Après avoir donné la description d'un instrument construit sur ses indications et employé par lui dès ses premiers essais, mais que nous ne croyons pas appelé à supplanter la seringue de Pravaz, M. Rynd s'exprime ainsi : « L'injection sous-cutanée de solutions médicamenteuses pour combattre les névralgies fut pratiquée pour la première fois dans ce pays par moi-même, à Meath Hospital, dans le mois de mai 1844. Les cas ont été publiés dans le journal *Dublin medical Press*, numéro du 12 mars 1845. Depuis lors, j'ai eu recours au même moyen dans un grand nombre de cas et expérimenté beaucoup de liquides et de solutions d'espèces différentes, avec des résultats divers. Le liquide qui m'a paru le plus efficace est une solution composée de 10 grains de morphine et de 1 dragme de créosote ; 6 gouttes de cette solution contiennent 1 grain de morphine, et cette quantité de 1 grain, ou une quantité plus considérable, 2 grains et plus, peut être injectée en une seule fois dans les cas de sciatique, avec les meilleurs effets, surtout si la maladie est de date ancienne, ou bien encore dans des cas de tic douloureux de la tête ou de la face... » Nous avouons ne pas bien comprendre quel peut être l'avantage d'une association telle que celle de la morphine et d'une substance aussi irritante que la créosote pour une solution destinée à des injections dans le tissu cellulaire sous-cutané. Mais nous ne voulons pas discuter ce point, n'ayant en d'autre but que celui qui a été annoncé en commençant. (*Dublin quart. Journ. of med. sc.*, août 1861.)

Iode et iodures ; *leur emploi dans le traitement de la méningite tuberculeuse.* Dans un travail très-étendu qu'il vient de publier dans le Moniteur des sciences médicales, M. le docteur Bourrousse de Laffore s'est proposé de démontrer par des faits la curabilité de la méningite tuberculeuse par le traitement iodé. Se fondant sur l'analogie qui existe entre les tubercules et les scrofules et sur les conseils qui avaient déjà été donnés par quelques auteurs d'essayer l'emploi des iodures dans l'hydrocéphalie aiguë, M. Bourrousse de Laffore a administré l'iodure de potassium à haute dose, dans cette affection, et il l'a fait avec succès.

Voici quel est le mode d'administration dont il a fait usage.

Il fait dissoudre 5 grammes d'iodure de potassium dans 60 grammes d'eau distillée ; de cette façon, chaque cuillerée à café de cette solution contient à peu près 30 centigrammes du médicament. Il fait prendre toutes les trois, quatre, ou cinq heures, suivant la gravité du mal et la force du sujet, une cuillerée à café de cette solution, mêlée à une demi-tasse de tilleul, ou à un peu d'eau sucrée. Le malade avale ainsi de quatre à huit cuillerées de la solution dans les vingt-quatre heures, c'est-à-dire de 1 à 2 grammes et demi d'iodure de potassium par jour. M. Bourrousse dit n'avoir jamais dépassé cette dose qui, du reste, n'a produit d'accidents dans aucun des cas observés par lui jusqu'à ce jour.

M. Bourrousse de Laffore rapporte dans ce travail huit observations, dans lesquelles les symptômes de l'hydrocéphalie aiguë étaient le mieux caractérisés et qui se sont toutes terminées par la guérison, sous l'influence de cette médication. « Je n'ai jamais échoué, dit-il, quand j'ai employé ce remède dans la méningite tuberculeuse... Si les médecins ont tenté sans succès de faire fondre les tubercules du poumon, des glandes et des ganglions lymphatiques, du tissu cellulaire et des os, à l'aide des préparations d'iode, il ne s'ensuit pas nécessairement que ces médicaments doivent être sans action sur les tubercules des méninges, ces derniers produits morbides semblant, en effet, être dans des conditions physiologiques et pathologiques différentes de celles dans lesquelles se trouvent les tubercules placés dans les autres organes.

Dans les huit observations rapportées dans ce travail par M. le docteur Bourrousse de Laffore, on trouve que les effets de l'action de l'iodure de potassium se sont montrés d'autant

plus vite que la maladie dans laquelle ce médicament était administré paraissait être moins avancée. Ainsi, dans trois cas légers, l'amélioration s'est manifestée presque immédiatement dans les deux premières heures qui ont suivi l'administration du remède ; dans cinq autres observations, au contraire, où la maladie était beaucoup plus avancée et bien plus grave, l'effet du médicament n'a jamais été bien marqué avant quarante-huit heures. Les symptômes de la méningite ne se sont notablement amendés chez ces cinq malades qu'après deux jours de l'usage de l'iodure de potassium à 2 grammes et demi par jour ; l'effet produit par le remède, avant cette époque, paraissant être à peu près nul. Ces diverses circonstances semblant démontrer que les granulations tuberculeuses des méninges résistent d'autant plus à l'action de l'iodure, que ces granulations sont elles-mêmes parvenues à un degré plus avancé de développement, M. Bourrousse de Laffore en conclut que, pour combattre cette maladie, il y a un avantage incontestable à faire prendre le plus tôt possible l'iodure de potassium.

Quoi qu'il en soit de l'explication théorique dont les faits exposés par notre confrère sont susceptibles, ce qu'il y a de certain, c'est que ces faits sont d'une grande importance ; s'ils se reproduisent entre les mains d'autres praticiens, ce qui est probable, à moins d'admettre qu'il n'ait eu affaire à une de ces coïncidences fortuites, une de ces séries heureuses qu'on voit rarement se reproduire, ce sera assurément un grand service qu'il aura rendu à la médecine pratique et à l'humanité ; car personne n'ignore que la méningite tuberculeuse a été considérée jusqu'à ce jour comme une maladie à peu près constamment incurable, et qu'elle prélève tous les ans un tribut considérable sur l'enfance. (*Monit. des sciences méd.*, juin 1861.)

Mal de mer (*Sur un moyen mécanique propre à prévenir le) et à le guérir.* Quelle que soit la cause directe du mal de mer, il est certain qu'elle procède des oscillations du navire; or, cette étiologie devait conduire à l'idée des siéges suspendus. Le hamac dont on se sert fréquemment n'est insensible qu'à une sorte d'oscillation ; tendu de l'avant à l'arrière, il reçoit encore l'influence du tangage; tendu en travers, il reçoit celle du roulis. Pour prévenir tout déplacement du centre de gravité, M. le docteur Pellarin a conseillé de se servir de cadres suspendus en un seul point, à la manière des lampes. M. le docteur Neveu-Derotie ne connaissait sans doute pas ce moyen, lorsqu'il est venu proposer à la Société de médecine de Nantes son fauteuil destiné également à prévenir le mal de mer. La construction de ce fauteuil est basée sur le principe de la pesanteur et emprunté à un jouet d'enfant représentant un bonhomme à cheval sur une grosse boule, lequel, écarté de la verticale, se relève vivement et reprend son aplomb. « Supposez, dit l'auteur, le bonhomme placé sur une planche et encastré de manière à tourner à l'aise dans tous les sens, mais sans pouvoir glisser; il gardera sa direction passive, celle de la pesanteur, quels que soient les inclinaisons et les mouvements imprimés à la planche. » — L'essai de ce fauteuil a été fait par l'inventeur, et M. Guillemeau, aide commissaire de la marine, pendant une traversée de l'Ile-Dieu à la Barre-du-Mont. Ce siége était installé dans la cale, tout à fait à l'avant; la mer était assez grosse. En allant, M. Neveu-Derotie, qui occupait le fauteuil, ne ressentit pas la moindre nausée, et M. Guillemeau fut malade au bout d'un quart d'heure et vomit pendant toute la traversée (5 h 1/2). En revenant, le fauteuil fut donné à M. Guillemeau qui resta indemne, pendant que son compagnon vomissait dans un coin de la cale.

Ce siége, comme les lits suspendus, ne saurait réussir à prévenir toujours le mal de mer chez les personnes impressionnables, car il ne peut les mettre à l'abri du mouvement rapide d'abaissement plus ou moins perpendiculaire que l'embarcation éprouve quelquefois. Certains exercices réguliers, que nous avons signalés déjà, peuvent seuls prévenir les effets de ce mouvement, ainsi que de ceux du roulis et du tangage, et doivent être préférés. Toutefois, comme certaines personnes délicates ne pourraient soutenir une semblable gymnastique pendant des heures, il faut leur réserver le bénéfice des moyens mécaniques, quelque incomplet qu'il puisse être. (*Journ. de méd. de la Loire-Inf.* et *Gaz. hebd.*, août.)

Pepsine. *Ses bons effets dans l'inanition des nouveau-nés.* On connaît l'action remarquable de la pepsine sur les aliments albuminoïdes et son

efficacité dans les cas, en général, où l'estomac est impropre à l'acte de la chimification.

Voici une application heureuse que M. le docteur Joulin a faite de l'emploi de cette substance chez un enfant nouveau-né.

Appelé auprès de Mme B***, de Passy, pour un enfant nouveau-né, qui, bien que venu à terme, présentait un développement incomplet, et un état de maigreur extrême (son développement était inférieur à celui d'un fœtus de sept mois), M. Joulin, après s'être enquis des circonstances de l'accouchement et de l'allaitement, fut convaincu que l'état de cet enfant tenait d'une part à l'état de dégénérescence fibreuse qu'avait présenté le placenta, et à ce que, depuis le moment de la naissance, l'enfant avait constamment vomi le lait presque immédiatement après chaque repas. Il institua en conséquence le traitement suivant : il fit préparer 1 gramme de poudre de pepsine de Wasman divisé en 10 paquets. Il en fit prendre à l'enfant un paquet de 10 centigrammes dans quelques gouttes d'eau sucrée, et la mère lui fit couler du lait dans la bouche, car il n'avait plus guère la force de prendre le sein. Ce traitement fut commencé le 8 mai. Jusqu'au 11 l'état ne se modifia pas d'une manière sensible. Cependant, bien que l'enfant fût arrivé au dernier degré de marasme et d'émaciation, M. Joulin ne perdit pas espoir et persista dans l'emploi de ce moyen.

Le 11, la diarrhée commença à diminuer d'une manière notable, la voix était plus forte, la succion plus rigoureuse.

Le 20, la digestion était parfaite, les vomissements et la diarrhée avaient disparu sans retour. Mais la pepsine fut continuée jusqu'au 30 juin ; à cette époque l'enfant put s'en passer. Plus tard, il fit ses dents facilement, marcha à treize mois. Aujourd'hui il a deux ans ; c'est, dit M. Joulin, un très-bel enfant, plein de vigueur et de santé.

Il n'est pas possible de méconnaître dans ce cas l'influence manifeste de l'usage de la pepsine sur le retour de l'enfant à la vie. M. Joulin, se fondant sur ce fait et sur quelques autres cas analogues que lui a fournis la pratique, conseille de recourir à ce moyen toutes les fois que l'on aura affaire à des cas de faiblesse congénitale avec arrêt de développement de l'appareil digestif, et même dans les cas complexes où la lésion portera en même temps sur les appareils nutritif et respiratoire, dans l'espoir qu'en écartant une des complications qui menacent la vie des petits enfants, ce secours pourra dans quelques cas devenir suffisant pour que la nature fasse le reste.

M. Joulin ajoute qu'il a employé la pepsine avec des chances diverses chez les nouveau-nés vigoureux, mais qui prennent le sein avec trop d'avidité ; il arrive parfois que leur voracité les met dans un état d'indigestion en quelque sorte permanent, l'estomac s'accoutume à rejeter en partie le lait après chaque repas. Dans ces cas, la pepsine lui a le plus souvent réussi à faire cesser ces vomissements. (*Moniteur des sciences méd.*, juillet 1861.)

Polype naso-pharyngien ; *ablation par la méthode ostéo-plastique*. Sous le nom de méthode ostéo-plastique, M. Huguier entend une méthode opératoire dont les temps principaux consistent, après avoir divisé transversalement l'un des côtés de la base du voile du palais, puis la joue et la région naso-faciale, de manière à obtenir un large lambeau triangulaire, à sectionner transversalement le maxillaire supérieur, l'os palatin et l'apophyse ptérygoïde, à luxer ces os en bas et en dedans, en se servant de la suture médio-palatine comme de charnière, et à les réduire ensuite après l'ablation du polype, et les fixer, en définitive, à l'aide de l'ingénieux appareil de gutta-percha, imaginé par M. Morel-Lavallée. Nous signalons à l'attention de nos lecteurs le résultat vraiment remarquable que M. Huguier a obtenu par l'application de cette méthode dans le cas suivant :

Un jeune homme de vingt ans entre, le 30 juin de l'année dernière, à l'hôpital Beaujon, pour un polype naso-pharyngien, dont l'origine remontait à six ans environ et qui avait déjà été l'objet de nombreux traitements et de plusieurs tentatives opératoires infructueuses. Voici l'état qu'il présentait alors :

L'œil gauche était saillant et porté en haut, l'aile du nez du coté gauche était aussi beaucoup plus saillante que la droite. L'os nasal gauche et l'apophyse montante, du même côté étaient refoulés en dehors ; le nez tout entier était élargi, épaté. Au fond de l'ouverture des narines on apercevait une tumeur rosée qui la bouchait complétement. Le passage de l'air, de ce côté, était intercepté. Le voile du palais était élargi, rapproché des ar-

cades dentaires et bombé en avant. La respiration était gênée, la voix nasonnée. Enfin l'exploration à l'aide du doigt et de la sonde faisait reconnaître l'existence d'une tumeur polypeuse d'un volume considérable occupant les régions naso-pharyngiennes.

L'opération, convenue pour le 11 août, fut faite de la manière suivante :

1° La bouche étant largement ouverte, une boutonnière transversale est pratiquée à la base du voile du palais ; puis, à l'aide de la sonde de Belloc, on fait passer par la fosse nasale gauche et par cette boutonnière, un fil au bout duquel est fixée une bandelette de fil destinée, dans la suite de l'opération, à opérer des tractions sur le maxillaire supérieur gauche, pour le renverser en bas et à droite.

2° Une incision est faite comprenant toute l'épaisseur de la joue, de la commissure labiale gauche au bord antérieur du masséter ; une seconde incision partant du sillon naso-génien, entre l'aile du nez et la commissure des paupières du côté gauche, contourne l'aile du nez, qu'elle détache, puis aboutit au milieu de la lèvre supérieure. Ces deux incisions ont nécessité deux ligatures sur l'artère faciale. Ce lambeau triangulaire est ensuite détaché avec soin et relevé en dehors.

3° Un trait de scie horizontal sépare en deux parties le maxillaire supérieur de l'os palatin ; commençant immédiatement au-dessus de la tubérosité maxillaire, il aboutit au-dessus du plancher des fosses nasales.

4° La première dent incisive droite est luxée avec un davier, puis un trait de scie peu profond est donné d'avant en arrière sur la voûte palatine, à gauche de la cloison.

5° La base de l'apophyse ptérygoïde est coupée par un fort sécateur, et la partie inférieure du maxillaire supérieur se trouve ainsi détachée du reste des os de la face. Alors se servant comme levier d'un ciseau, pendant que des tractions sont faites de haut en bas et de dehors en dedans, à l'aide du ruban de fil passé dans le premier temps de l'opération par la fosse nasale gauche et la boutonnière du voile du palais, on obtient la luxation du maxillaire supérieur, qui est renversé en bas et à droite en dedans de la bouche. Cette large porte ouverte jusqu'au pharynx, permettant d'apercevoir facilement le polype adhérent par une large base à l'apophyse ptérygoïde gauche, à la face postérieure du pharynx, M. Huguier coupe à l'aide de forts ciseaux courbes ce large pédicule, et extrait le polype en quatre morceaux. Une hémorrhagie effrayante a lieu aussitôt, et n'est arrêtée que par le fer rouge promené sur toutes les surfaces saignantes. Le maxillaire est réappliqué et le lambeau recollé à l'aide d'épingles. Quelques jours après, vu la difficulté de maintenir le maxillaire en place, M. Huguier a eu recours à l'appareil de gutta-percha de M. Morel-Lavallée, qui a donné dans cette circonstance les meilleurs résultats. Bref, sauf l'élimination d'un petit séquestre formé aux dépens du rebord supérieur et antérieur du maxillaire, la cicatrisation s'est faite dans les meilleures conditions possible ; vers le milieu de décembre on enlevait les dernières pièces de l'appareil, et le malade avait récupéré intégralement les fonctions de mastication, de déglutition et de phonation qui avaient été si longtemps gênées. (*Gaz. des hôpit.*, juillet 1861.)

Rage (*Formule d'un remède préventif et curatif de la*). Ce remède serait employé avec succès en Russie. « En un sujet où la déception a été jusqu'ici constante, nous ne saurions avoir beaucoup d'enthousiasme. Néanmoins, ajoute M. Dechambre, la source respectable de cet envoi, les termes chaleureux qui l'accompagnent, et surtout l'impuissance actuelle de l'art ne nous permettent guère de nous refuser à provoquer des expériences dont on affirme d'avance le succès. » Nous nous joignons à notre confrère et faisons connaître en quoi consiste ce traitement.

On prend : poudre d'oignon bien desséchée, d'alysma plantago, de 1 gramme à 3gr,50, suivant l'âge (1gr, pour un enfant non sevré, et, 3gr,50 pour un sujet de vingt ans et au-dessus); poudre de feuilles et fleurs de genista tinctoria et d'origanum vulgare, de chaque 50 centigrammes à 1gr,75. Mêlez ces poudres : ajoutez beurre frais demi-fondu et mie de pain, et faites des pilules qu'on prendra en une fois.

Ces pilules doivent être continuées pendant quatre jours et même cinq jours, si les morsures sont nombreuses et les symptômes d'hydrophobie déjà déclarés. Elles doivent être prises le matin à jeun, excepté le jour des morsures, où on les administre le plus tôt possible. C'est la première période du traitement.

Dans la seconde période, qui doit durer de deux à trois jours, on fait prendre d'un seul coup au malade : poudre de genista tinctoria et poudre de campanula rotundifolia, de chaque 50 centigrammes à 1gr,75, délayés dans une à cinq cuillerées à bouche d'eau fraîche.

Cette médication produit ordinairement des nausées, des vomissements, des vertiges, des faiblesses, des chaleurs subites, des battements de cœur. Ces symptômes ne donnent lieu à aucune indication particulière, si ce n'est que le rejet du médicament par le vomissement obligerait à prolonger la période d'un jour. Pendant les quinze jours qui suivent la cure, interdiction absolue de tabac sous toutes les formes, ainsi que d'aliments excitants, de thé, de café. (*Gaz. hebd. de méd.*, août.)

Rhumatisme noueux. *Traitement par les bains arsenicaux*. Partant de cette considération que la plupart des eaux salines, vantées dans le traitement du rhumatisme articulaire chronique des petites articulations, dit *rhumatisme noueux*, renferment de l'arsenic, M. Guéneau de Mussy a essayé de traiter cette affection par les bains arsenicaux. Depuis deux ans qu'il a eu recours à ce moyen, il en a obtenu des résultats assez satisfaisants pour l'engager à les faire connaître à ses confrères.

Disons d'abord que M. Guéneau de Mussy range les malades atteints de rhumatisme noueux en deux catégories :

1° Chez les uns, le travail morbide est franchement chronique, non-seulement par sa durée, mais encore par sa marche, par son expression symptomatique.

2° Chez d'autres, la maladie est plus récente, les phénomènes réactionnels sont moins effacés, l'excitabilité nerveuse est très-développée, ou bien, la maladie, quoique très-ancienne, appartient à cette espèce d'affections chroniques qui semblent constituées par une longue série de crises plus ou moins aiguës, chroniques par la persistance opiniâtre du travail morbide, aiguës ou subaiguës par la forme qu'elles revêtent.

Dans le premier cas, quand la chronicité est nettement établie, notre confrère emploie le mélange suivant, pour un bain entier :

Sous-carbonate de soude..	100 gramm.
Arséniate de soude.......	1 gramm.

Il porte rapidement à 2 grammes la dose de l'arséniate ; rarement il a été au delà. Dans le second cas, s'il craint des effets d'excitation, qui se sont quelquefois produits, il emploie l'arséniate de soude seul, à la dose de 1 à 5 grammes, dans un bain simple ou dans un bain gélatineux.

Voici les effets immédiats qu'ont présentés les malades soumis à ce mode de traitement : plusieurs ont accusé, pendant la durée des premiers bains, des douleurs dans les articulations malades. Presque tous ont éprouvé, pendant l'immersion dans l'eau minéralisée, et surtout en en sortant, une sensation de détente, de souplesse, d'aptitude locomotrice qu'ils n'avaient pas auparavant. Chez un très-petit nombre, les bains ont été suivis de selles diarrhéiques, ou même de nausées. Chez un seul malade, la diarrhée, très-modérée, d'ailleurs, a succédé à chaque bain pendant presque toute la durée du traitement et n'a pas empêché la guérison. Quelques-uns ont manifesté passagèrement des phénomènes d'excitation, de l'agitation, de l'insomnie. Chez quelques-uns, enfin, on a observé des éruptions érythémateuses, une sorte de poussée, qui a paru à M. Guéneau de Mussy pouvoir être imputée au traitement thermal. Quand les bains mélangés de sous-carbonate de soude ont été administrés à des malades chez lesquels la maladie était récente encore, disposés à la réaction et doués d'une grande excitabilité nerveuse, il a vu ces accidents d'excitation se montrer plus accentués, et l'affection articulaire prendre pendant quelques jours une marche plus aiguë. Ces accidents ont été évités en employant exclusivement l'arséniate de soude.

Au début du traitement, M. Guéneau de Mussy prescrit un bain tous les deux jours; puis, quand ils sont bien supportés, il en fait prendre plusieurs de suite, laissant de temps en temps un jour de repos.

La durée du traitement a été subordonnée aux effets produits. Un de ses malades a pris une soixantaine de bains. Il est vrai qu'il l'a maintenu sous l'action du modificateur, longtemps après qu'il avait obtenu le degré de guérison qu'il pouvait espérer. En même temps qu'il donnait ces bains, il faisait prendre aux malades de la décoction de gaïac et une mixture qu'il emploie avec succès depuis une quinzaine d'années dans le rhumatisme subaigu, renfermant de 60 centigram-

mes à 1 gramme d'extrait de quinquina, et de 5 centigrammes à 1 gramme d'iodure de potassium.

L'iodure de potassium, que M. Guéneau de Mussy a tenté isolément dans le rhumatisme noueux sans aucun succès, n'est employé ici que comme auxiliaire et peut remplir l'indication tirée de l'état cachectique et de l'alanguissement général des fonctions nutritives, qui, accompagnant un grand nombre d'affections chroniques et souvent même les précédant, paraissent être une des conditions principales de chronicité. (*Compte rendu de l'Acad. de méd.*, août.)

Riz *et préparations oryzées. Leur emploi dans la convalescence des maladies intestinales.* Dé toutes les substances alimentaires que l'on peut donner à un convalescent de maladie aiguë du tube digestif, quelle est la meilleure? C'est, suivant M. le docteur Dubroca (de Barsac), le riz. Les préparations oryzées, suivant lui, n'ont pas de rivales dans ce cas. Voici sur quels faits et quelles considérations il fonde cette opinion.

Le riz est composé chimiquement des principes suivants : 1° fécule plus abondante que dans aucune autre céréale, 96 pour 100; 2° huile grasse, 1gr,50; 3° une très-faible quantité d'albumine ou de gluten ; 4° quelques centièmes à peine de ligneux et de sel. Or, fait remarquer M. Dubroca, tout le monde connaît l'utilité de la fécule dans l'alimentation ; cette substance, ajoute-t-il, aussi peu stimulante que possible, est néanmoins facilement digérée, surtout lorsqu'elle est cuite en grain ou concassée, en raison même de cet état qui lui permet d'être aisément imbibée par les liquides gastriques, tandis qu'au contraire, une épaisse bouillie de riz, par exemple, ne pourrait, à cause de sa compacité, offrir la même digestibilité que le riz en grains. L'absence presque complète de gluten dans le riz est une circonstance heureuse dans le cas dont il s'agit, cette matière ne convenant point en général dans la plupart des affections du tube digestif. Le riz jouit d'une propriété fort remarquable : il a une avidité extrême pour l'eau; il en absorbe trois fois et demie son poids. Il résulte de cette propriété qu'un malade qui se nourrit de riz mange et boit tout à la fois.

En résumé, le riz paraît à M. Dubroca devoir être préféré à tout autre aliment, pour les convalescents d'affections gastro-intestinales, en raison de sa composition, de son mode de cohésion et de sa non-sophistication. Les propriétés des préparations oryzées ne sont jamais aussi marquées que lorsqu'on emploie le riz simplement cuit dans l'eau. C'est un aliment d'une digestion facile Il a l'immense avantage de se marier très-aisément avec une infinité de substances qui le rendent plus réparateur ou plus agréable au goût : l'eau, le bouillon, le lait, le sucre, le beurre, le fromage, tous les condiments, toutes les eaux aromatiques, etc. Enfin, pour que le convalescent retire du régime oryzé tous les avantages possibles, il est une condition essentielle à remplir, d'après M. Dubroca, c'est que ce régime soit rigoureusement exclusif. (*Union médic. de la Gironde*, juin 1861).

VARIÉTÉS.

Appareil à respiration artificielle.

Lorsque les mouvements respiratoires de l'homme sont troublés, le médecin cherche à les rétablir par l'insufflation de l'air. Les moyens employés remplacent l'inspiration ; mais l'expiration, abandonnée à l'élasticité des poumons, reste incomplète. Pour y parer, un étudiant en médecine, M. Gréhant, vient de faire confectionner par M. Mathieu un appareil destiné à remplir les deux indications : c'est un soufflet double. Deux soufflets séparés par une paroi commune se terminent par une même tuyère ; le premier, destiné à envoyer de l'air dans les poumons, porte sur la paroi extérieure une soupape qui s'ouvre de dehors en dedans, et dans la tuyère, une autre soupape qui s'ouvre dans le même sens ; le second, qui produit l'aspiration, présente aussi deux soupapes

dont la disposition et le jeu sont inverses. Les soupapes extérieures seules sont fermées par des ressorts faibles dont on peut régler la tension.

Pour entretenir la respiration artificielle, on met la tuyère en communication avec la bouche, ou avec la trachée par une sonde laryngienne; on fait fonctionner les deux parties du soufflet; l'inspiration et l'expiration s'accomplissent. Si l'air chassé dans les poumons acquiert une force élastique trop grande, il s'échappe par les ouvertures du soufflet voisin, l'emphysème ne se produit pas. M. Gréhant pense qu'on peut employer cet instrument chez l'enfant nouveau-né qui ne respire pas, chez l'homme asphyxié par submersion ou par inhalation de gaz délétères.

L'expérience apprendra la valeur de cet appareil.

Par divers décrets ont été promus ou nommés dans l'ordre impérial de la Légion d'honneur :

Au grade de commandeur : MM. Milne Edwards, doyen de la Faculté des sciences de Paris; Geoffroy Saint-Hilaire, professeur au Muséum d'histoire naturelle.

Au grade d'officier : MM. Robinet, président de l'Académie impériale de médecine; Laugier, professeur à la Faculté de médecine de Paris; Cullerier, chirurgien de l'hôpital du Midi; Louvet-Lamarre, médecin de la maison impériale Napoléon des Loges; Delioux de Savignac, médecin de première classe de la marine à Toulon; Jean Lagrave, médecin principal à l'Ecole polytechnique; Giuliano (dit Castano), médecin principal de première classe; Lambert (Julien-Pierre), Larivière (Achille Vincent), Masnou, Ehrman, médecins-majors de première classe; Ely (Charles), médecin-major de deuxième classe.

Au grade de chevalier : MM. Chassaignac, chirurgien de Lariboisière; Patrouillet, médecin du bureau de bienfaisance du dixième arrondissement; Boyer (Lucien), chirurgien-major du seizième bataillon de la garde nationale; Sarret, médecin du bureau de bienfaisance du septième arrondissement; de Kergaradec, membre de l'Académie de médecine; J. Regnault, professeur à la Faculté de médecine de Paris; Rameaux, professeur à la Faculté de médecine de Strasbourg; Berthelot, professeur à l'Ecole supérieure de pharmacie de Paris; Bauchet, agrégé à la Faculté de médecine de Paris; Bourhon, secrétaire de la Faculté de médecine de Paris; Duméril, professeur au Muséum d'histoire naturelle; Dechambre, membre du Comité des travaux historiques et des sociétés savantes; Moulin, médecin du Lycée impérial Saint-Louis; Devilliers, médecin du chemin de fer de Paris à Lyon; Hillairet, membre du Comité d'hygiène du sixième arrondissement de Paris; Bardinet, directeur de l'Ecole préparatoire de médecine et de pharmacie de Limoges; Teissier, professeur à l'Ecole préparatoire de médecine de Lyon; Blondlot, professeur à l'Ecole de Nancy; Revel, ancien professeur à l'Ecole de médecine de Chambéry; Bardy-Delisle, de Périgueux; Bourgeois, médecin de l'hôpital d'Etampes; Bousson, chirurgien de l'institution impériale des jeunes Aveugles; Constant, inspecteur des établissements d'aliénés; Cornuau, médecin des prisons à Châteauroux; François, médecin du bureau de bienfaisance à Abbeville; Renandin, directeur-médecin de l'asile d'aliénés de Dijon; Trumet de Fontarco, à Troyes; Rey, professeur à l'Ecole vétérinaire de Lyon; Danvin, médecin des épidémies à Saint-Pol; Gerdy, médecin-inspecteur des eaux thermales d'Uriage; Schnepp, médecin-secrétaire à Alexandrie; Vernière, médecin-inspecteur des eaux du Mont-Dore; Huet à Ecouen; Nivet, à Limoges.

MM. Delavaud, pharmacien, professeur de la marine; Cotholendy, chirurgien de première classe; Lemoine, pharmacien de première classe; Veyron-Lacroix, chirurgien de première classe; Bouragne, chirurgien de deuxième classe; Bonté, chirurgien de deuxième classe;

MM. Didiot, médecin principal de deuxième classe; Thierry de Maugras, Blondeau, Eychenne, Dauvais, médecins-majors de deuxième classe; Latil, Maître, Libermann, médecins aide-majors de première classe; Leprieur, Dupuis et Ollivier, pharmaciens-majors de deuxième classe.

M. Gobley vient d'être nommé membre de l'Académie de médecine, section de pharmacie.

M. le docteur Arthur Decès, professeur adjoint de pathologie externe à l'Ecole de médecine de Reims, est nommé professeur titulaire de ladite chaire.

MM. Cruveilhier et Perrier viennent d'être nommés aides d'anatomie à la suite d'un concours ouvert devant la Faculté de médecine de Paris.

M. le docteur Guépin est nommé chef des travaux anatomiques à l'École de médecine de Bordeaux.

L'Académie médico-chirurgicale de Ferrare met au concours les questions suivantes : « Valeur clinique de la pathologie cellulaire professée en Allemagne Exposition histologique et physiologique, avec observations à l'appui. » Les mémoires pour ce prix, de la valeur de 100 écus, devront être envoyés avant le 30 juin 1862, suivant les formes académiques habituelles.

Parmi les questions mises au concours par l'Académie des sciences de Lisbonne, nous remarquons la suivante : « Déterminer la valeur de l'albuminurie dans le diagnostic de la diphthérite. »

Pendant que M. Bousquet réclamait en vain, dans ses rapports annuels sur les vaccinations, la création, dans les hôpitaux de Paris, de salles spéciales pour le traitement des varioleux, l'administration des hôpitaux de Bordeaux consacrait une salle particulière, isolée, aux varioleux de cette ville. L'année 1860 a compté deux seuls cas de variole dans cet établissement; à ce point de vue, dit M. Ch. Dubreuilh qui signale ce résultat, le département de la Gironde est plus avancé que celui de la Seine.

M. le docteur Villiers, médecin de la marine en retraite, tout récemment nommé second inspecteur adjoint aux thermes de Luchon, vient de mourir en cette ville.

Par arrêté de M. le ministre de l'agriculture et du commerce, M. le docteur Audouyt est nommé médecin inspecteur des eaux minérales de Challes (Savoie).

Pour les articles non signés, E. DEBOUT.

THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE.

Du scepticisme en thérapeutique, de ses causes, de ses conséquences et des remèdes qu'il convient de lui opposer.

Par M. le docteur Fonssagrives, professeur à l'Ecole de médecine de Brest.

L'esprit médical a ses maladies qu'on pourrait, sans forcer les droits légitimes de l'analogie, rapporter aux principales misères physiques dont il s'occupe si laborieusement à percer les mystères. Il a son exubérance pléthorique, qui se traduit par une fougue désordonnée de productions; son agitation choréique, qui nuit à sa profondeur; son atonie, qui le courbe sous le joug humiliant de l'indifférence et de la routine; son ataxie, fruit de l'impatience de toute autorité et du dédain d'une doctrine : mais il a surtout sa gangrène dans le scepticisme qui le ronge sourdement, gangrène le plus habituellement sénile, mais qui, par le temps qui court, devient une maladie de tous les âges, et, comme une herbe malsaine, étouffe la foi, ce principe vivificateur des sciences comme des arts.

Nous nous plaignons amèrement du scepticisme très-peu révérent, il est vrai, dans lequel les gens du monde enveloppent la médecine et les médecins, qui ont, depuis bien des siècles, le triste et laborieux privilége de défrayer la verve railleuse de cette catégorie si nombreuse des hommes chez lesquels l'esprit fait tort au jugement. Nous avons, à coup sûr, quelque raison de nous plaindre, mais s'ensuit-il que, sinon dans l'ordre des faits, du moins dans l'ordre des déductions logiques, nos détracteurs aient toujours tort ? Ce qu'on hésiterait à avouer tout haut pour ne pas fournir de nouvelles armes à des adversaires qui n'en emploient pas toujours de très-courtoises, on peut bien se le dire dans l'intimité professionnelle, moins pour combattre ces exagérations de mauvais goût que pour en tirer profit.

Les personnes intéressées ou indifférentes qui nous voient approcher un malade, l'interroger avec un soin minutieux, analyser le moindre symptôme et mettre à la recherche d'un diagnostic épineux les merveilleux procédés d'investigation exacte que la médecine contemporaine peut à bon droit se glorifier d'avoir conquis, ces personnes, dis-je, nous savent sans doute gré de ces recherches laborieuses et des méditations qui les fécondent, mais elles en attendent le résultat matériel, tangible, le seul auquel elles attachent du prix, et la prescription d'un médicament énergique est, pour les assistants, le critérium vulgaire de l'utilité d'une visite. Eh

bien ! c'est là, il faut le dire aussi, la pierre d'achoppement d'un grand nombre de médecins, et plus d'un serait habile à reconstruire, à l'aide des signes qu'il recueille, une maladie environnée d'obscurités, à disserter longuement et savamment sur elle, à déployer à son sujet une érudition de bon aloi, qui verrait sa verve l'abandonner au moment où il écrit le *Recipe* sacramentel.

Une école qui, au milieu de réels et éminents services rendus à la science, s'est enveloppée d'un esprit d'exclusivisme qui en a singulièrement offusqué l'éclat, l'école Morgagni-Rasorienne, s'est plainte avec quelque raison de cette sorte de dédain dans lequel la thérapeutique et la matière médicale sont restées jusqu'à présent ensevelies cheznous; et, de fait, si le diagnostic et l'anatomie pathologique ont réalisé depuis le commencement de ce siècle des progrès qui ont rendu, sous ce rapport comme sous tant d'autres, l'Europe entière tributaire de la France, la thérapeutique, il faut bien l'avouer, n'a guère suivi ce mouvement, et elle constitue le terrain sur lequel le scepticisme médical pousse le plus volontiers ses rejetons malsains.

Sonder les causes de ce découragement sceptique n'est point une tâche tout à fait inutile, si surtout la recherche d'un pareil mal est de nature à guider vers les remèdes qu'il convient de lui opposer.

Il est encore des médecins, et le nombre, il faut bien le dire, en diminue tous les jours, qui se font un mérite facile de réduire leur formulaire à trois ou quatre médicaments, et qui intentent au profit de leur défaut de connaissances pharmacologiques une guerre commode à l'ancienne polypharmacie qui, Dieu merci, est morte et bien morte. L'émétique, un purgatif au choix, la lancette, l'opium, le mercure, et pour ceux qui se piquent d'être novateurs, l'iodure de potassium, composent cette pharmacie en raccourci qui, pour le nombre des médicaments, sinon pour leurs doses, rappelle celle des homœopathes. Des substances, dites *énergiques*, il ne faut pas leur en parler, et la strychnine, le colchique, l'aconit, les arsénicaux, etc., expient par une proscription sans appel le crime d'appartenir à la classe des poisons. Comme si une administration intempestive d'ipéca, une saignée faite en temps inopportun, une persistance draconienne dans les rigueurs de la diète, ne réalisaient pas entre des mains inhabiles, ainsi que l'a fait judicieusement remarquer M. Trousseau, les effets les plus désastreux des médicaments énergiques, quand ceux-ci sont maniés sans habitude et sans art. Il faut bien se l'avouer, cette guerre à outrance contre les poisons, qui a tant de succès devant le vulgaire dont elle flatte les

préjugés et les frayeurs, ne repose en réalité que sur deux raisons peu respectables : en premier lieu, l'ignorance de l'action des médicaments résultant d'une absence absolue d'expérimentation; en second lieu, le défaut d'habitude posologique qui porte à condamner l'usage de substances dont le maniement n'est pas suffisamment familier. Ce serait déjà beaucoup, sans doute, que d'arriver, au prix de l'exclusion de tous les autres médicaments, à une connaissance approfondie des ressources que les trois ou quatre substances auxquelles on réduit la matière médicale peuvent offrir; mais à moins qu'on n'ait une intelligence supérieure, lui tracer un champ restreint dans une science qui, comme la nôtre, comporte un accroissement indéfini, c'est simplement servir les intérêts de son repos, et presque toujours la routine et le respect commode des traditions règlent seuls les applications de ce droguier en raccourci. Cela est triste à avouer, mais ce grand dédain pour la multiplicité des ressources de la matière médicale n'est souvent, en réalité, qu'une question de formules, de doses ou d'indications qu'on ne possède pas d'une manière suffisante.

Rien n'est plus rare, en effet, qu'une entente approfondie de l'art de formuler, et rien aussi n'est plus complexe. Une formule bien faite implique la connaissance solide de l'histoire naturelle du médicament employé, des propriétés physiques et chimiques qui intéressent ses applications à la médecine, de ses doubles incompatibilités chimiques et thérapeutiques; des changements qu'impriment à son action les différences des doses, des états pathologiques, des âges, du mode d'administration qui lui convient; tout cela n'est pas facile à acquérir, tant s'en faut; mais l'étude de la pharmacologie, aride au premier abord, est féconde en résultats utiles; et comme, en définitive, tout l'édifice de la médecine n'est qu'un vain monument, s'il n'a pour couronnement une thérapeutique exercée, la valeur d'un médecin doit autant se mesurer à la sagacité de ses prescriptions qu'à celle de son diagnostic. Que de fois n'arrive-t-il pas, en effet, que, parfaitement édifié sur l'utilité d'un médicament, sur sa parfaite adaptation au cas que l'on a sous les yeux, on hésite cependant à l'employer, parce que la simple connaissance du mode de préparation pharmaceutique et de la dose qui lui conviennent, a été négligée comme détail trop infime.

D'autres fois, le scepticisme thérapeutique procède d'une autre source; au lieu de naître, comme tout à l'heure, d'une étude insuffisante, il résulte ici de recherches persévérantes qui n'ont abouti qu'à la confusion des idées. Qu'on ouvre un traité de thérapeutique,

et on constate que chacun des articles consacrés aux médicaments principaux n'est en quelque sorte qu'un farrago indigeste de toutes les maladies auxquelles ils ont été opposés rationnellement ou empiriquement, avec fruit ou sans résultats utiles ; tels : la valériane, le quinquina, le mercure, l'iode, l'arsenic, etc. Les applications thérapeutiques de l'opium ont envahi tout le cadre nosologique ; celles de l'antimoine, de la belladone, du fer, etc., revendiquent un domaine non moins étendu que d'autres médications limitrophes se disputeront encore. On peut faire une contre-épreuve, ouvrir les traités de pathologie et constater que toutes les maladies graves : tétanos, hydrophobie, tubercules, épilepsie, etc., se sont successivement approprié l'ensemble des ressources de la matière médicale, et que chaque médication a eu invariablement ses prôneurs satisfaits et exclusifs. Qu'un pareil état de choses aboutisse forcément au doute, c'est ce que l'on s'explique aisément, mais il ne faut pas faire porter aux médicaments eux-mêmes la peine d'une étude superficielle, d'un diagnostic incomplet, d'une généralisation trop hâtive, triple cause ou de l'exaltation prématurée ou du discrédit trop prompt que l'on décerne aux agents de la matière médicale.

Les travaux de l'école italienne qui, sentant bien que la thérapeutique et la pathologie se tiennent par les liens les plus étroits, a révolutionné du même coup les deux sciences, ces travaux sont également de nature à ébranler toute croyance en l'efficacité des agents médicamenteux. A chaque page, en effet, le manifeste de cette école, le livre de Giacomini échappe des mains, quand on lui voit attribuer au seul camphre la curation de toutes les maladies inflammatoires, de la pleurésie, de la pneumonie, des métrites puerpérales, des fièvres graves continues ou périodiques, de la peste, de la gangrène, de la dyssenterie, des affections vermineuses, de l'asthme, de la chorée, et le quinquina et ses alcaloïdes exercer leur action médicatrice sur un groupe pathologique aussi varié et aussi discordant, et l'opium, le fer, le mercure, l'iode, etc., ne le céder en rien aux médicaments précités pour l'extension abusive de leurs applications. N'est-ce pas le cas de clore toutes ces somptueuses énumérations par l'exclamation admirative que la comédie applique à la *grande puissance* de l'orviétan. Mettre à la suite les uns des autres les noms des maladies qui, au dire des auteurs, ont été modifiées avantageusement par une même substance, c'est former une compilation aussi fastidieuse qu'inutile, et substituer à l'enregistrement profitable des faits acquis à la science, l'enregistrement dangereux des demi-aperçus, des succès de hasard et des coïncidences fortuites

érigées tout d'un coup en faits généraux. Tant que la thérapeutique ne sortira pas de cette voie, elle végétera misérablement, car elle porte en elle, et pour nous autres adeptes et pour le vulgaire, le germe de sa propre déconsidération. Si on avait su mettre à la recherche d'un nombre restreint d'indications pour chaque médicament, le temps et l'activité d'esprit qu'on a dépensés en tentatives empiriques pour étendre sans mesure le champ de ses applications, la foi thérapeutique ne serait pas aussi énervée qu'elle l'est aujourd'hui, et le traitement des maladies ne serait pas si pauvre et si nu, sous le vain étalage de ses richesses apparentes.

Il semble, en effet, que, jusqu'ici, on ait eu plus à cœur de grossir le catalogue des médicaments que de fixer la science sur la valeur réelle de ceux dont elle est munie. Ainsi, la mode qui étend son influence despotique sur la médecine, comme sur toute autre chose, nous apportera une année le *stachys anatolica*, une autre le phellandre, une autre le cotylédon umbilicus, une autre le selin des marais, la poudre d'arachné, et la chorée, la phthisie, l'épilepsie, les fièvres paludéennes seront tenues de guérir (pendant qu'ils guérissent) par ces agents nouveaux qui stimulent l'expérimentation et retombent dans l'oubli, à moins que destinés à une fin plus ignominieuse, ils ne franchissent l'intervalle qui sépare la pharmacie honnête de la pharmacie clandestine des spécifiques et des remèdes secrets. Un nom latin sonore, un fastueux programme de promesses et quelques succès de hasard suffisent à la fortune éphémère de ces remèdes nouveaux, qui ne tardent pas à être supplantés par d'autres. Le sort des innombrables succédanés du quinquina qui, tous, après un règne riche en promesses, ont été s'enfouir dans ce gouffre de la Commission académique des succédanés fébrifuges, laquelle, pas plus que l'avare Achéron, ne rend ce qu'elle a englouti, montre à quoi aboutissent les travaux faits suivant les tendances de la matière médicale contemporaine : à une agitation sur place, à des recherches qui occupent le public médical plutôt qu'elles ne l'instruisent, et qui ne demeureront dans l'avenir que comme histoire de l'art auquel elles n'auront pas fait faire un pas de plus.

(*La fin au prochain numéro.*)

De la douleur dans le zona au point de vue thérapeutique [1].

Par M. le docteur Chausit, ancien interne de l'hôpital Saint-Louis, membre de la Société de médecine de Paris.

3° Le zona peut, pendant une période plus ou moins longue de quatre, huit, douze jours même, être précédé de véritables douleurs névralgiques parfaitement accusées, dans la région qui doit devenir le siége de l'éruption. La douleur affecte souvent un type régulier, intermittent; l'éruption se développe, parcourt toutes les phases et s'éteint sans paraître exercer une influence notable sur la marche et les caractères de ces douleurs prodromiques, qui persistent souvent après que le zona a disparu, comme nous avons eu occasion de les signaler dans l'observation suivante.

Obs. V. Le 15 août 1856, je suis appelé chez Mme de X***, ma cliente, rue du Helder, âgée de quatre-vingt-quatre ans, jouissant d'ailleurs d'une bonne santé, mais sujette fréquemment à des crises nerveuses caractérisées par de l'oppression, une sensation de spasme, de constriction à la région épigastrique, au larynx, des mouvements convulsifs dans les membres, presque toujours sans perte de connaissance et se terminant, soit par des cris, soit par des pleurs. Durant un espace de trois années, j'ai été plusieurs fois témoin de ces crises que provoquait souvent la plus légère contrariété et qui me paraissent être une continuation des attaques hystériques dont Mme de X*** a souffert pendant de longues années.

Aujourd'hui, la malade éprouve une douleur névralgique derrière l'oreille droite, s'irradiant jusqu'à l'occiput, la tempe, la mâchoire inférieure, le cou, jusqu'à la clavicule et l'épaule. Cette douleur, généralement continue, s'exaspère par intervalles irréguliers, en suscitant quelques légers mouvements convulsifs dans les muscles de la face; elle est surtout vive au-dessous de l'oreille, dans la mâchoire inférieure et vers un point de la tête correspondant au milieu du pariétal; le contact le plus léger sur ces points rappelle ou exaspère la douleur.

Il y a huit à neuf jours que ces douleurs ont paru et augmenté graduellement en intensité, à la suite de lotions froides que Mme de X*** s'imagina de faire sur la tête, dans le but de calmer quelques démangeaisons survivant à un pityriasis guéri depuis plusieurs semaines. — Prescription.

Sulfate de quinine......................	50 centigrammes.
Extrait de stramonium..	25 centigrammes.
Extrait de belladone....................	25 centigrammes.

Pour 20 pilules. En prendre de quatre à six par jour.

Le 16 et le 17. A peu près même état; cependant les accès névralgiques paraissent être un peu moins violents, et surtout avoir une durée moins longue.

[1] Suite et fin. — Voir la livraison précédente, p. 147.

Le 18. Mieux sensible ; la malade passe plusieurs heures sans ressentir aucune douleur. — Huit pilules.

Le 19. Sensation de brûlure, de chaleur mordicante à la surface de la peau ; sur l'apophyse mastoïde paraît une agglomération de vésicules, plus grosses qu'une lentille, remplies d'un liquide transparent ; le même jour, d'autres vésicules se développent autour de l'hélix ; rien encore au cuir chevelu où, le lendemain, nous constatons, sur toute la partie latérale droite, cinq groupes principaux de vésicules herpétiques, dont le plus large ne dépasse pas les dimensions d'une pièce de 2 francs, et reliés entre eux par quelques vésicules éparses. Les douleurs névralgiques ne sont pas sensiblement diminuées. Elles ne se calment un peu que le 24, lorsque l'éruption est arrivée à sa période de dessiccation. — Huit pilules ; pansement avec amidon et papier brouillard huilé.

Le 27 août. Les croûtes de l'éruption sont à peu près tombées ; il ne reste qu'une tache rosée à la place occupée par les disques vésiculeux. Les douleurs lancinantes, qui paraissaient s'amender un peu, se font sentir très-vivement dans trois points différents : au niveau de l'oreille, un peu en arrière de l'apophyse mastoïde et sur la partie médiane du pariétal. — Potion gommeuse avec 10 centigrammes d'extrait thébaïque ; friction avec le mélange suivant :

Pr.	Eau de laurier-cerise..................	30 grammes.
	Extrait de belladone....................	1 gramme.

Soulagement marqué ; sommeil pendant cinq heures.

Le 28. L'amélioration continue.

Le 29. La nuit a été bonne ; mais, à six heures du matin, crise névralgique aux points indiqués, très-vive et qui dure avec la même intensité jusqu'à dix heures. — Prendre 25 centigrammes de sulfate de quinine matin et soir.

Le 30. L'accès névralgique, après une journée assez calme, revient à quatre heures du matin et se prolonge jusqu'à huit. Même traitement.

Le 31. Journée du 30 bonne ; l'accès revient à six heures du matin moins violent et plus court ; les douleurs cessent tout à fait deux heures après l'accès. — Même traitement.

Le 1er septembre. L'accès n'est pas venu. — Même traitement.

Le 2. L'accès revient à six heures du matin et dure jusqu'à neuf heures. — Vésicatoire volant derrière l'oreille sur le point le plus douloureux ; le soir, on le panse avec 2 centigrammes d'hydrochlorate de morphine ; on continue toujours le sulfate de quinine.

Le 3. Accès à six heures du matin moins intense et moins long. Même traitement.

Le 4. Pas d'accès ; le 5, accès ; le 6, pas d'accès. A dater de ce moment, la névralgie conserva le même caractère de périodicité ; l'accès se manifesta tous les deux jours, à la même heure du matin, de quatre à six heures, mais en diminuant chaque fois d'intensité, pour disparaître tout à fait, le 28 septembre. — On continua l'usage du sulfate de quinine, les vésicatoires volants morphinés, et l'on fit des frictions avec la pommade suivante :

Pr. Chloroforme	....	4 grammes.
Extrait de belladone	......	4 grammes.
Cèrat	....	10 grammes.

On pourrait se demander alors si la douleur est réellement sous la dépendance de l'éruption vésiculeuse, ou s'il n'y a pas seulement un simple rapport de coïncidence accidentelle entre celle-ci et une affection névralgique. Nous n'hésitons pas à dire que cette dernière hypothèse nous semble seule admissible. Quel serait, s'il en était autrement, le lien entre la maladie cutanée intercurrente et la névralgie prodromique et consécutive? C'est ce que l'observation clinique ne saurait préciser. Il faut remarquer d'ailleurs que ces douleurs peuvent dans certains cas cesser au moment où apparaît le zona. Les faits suivants nous en fournissent la preuve.

Obs. VI. Le 30 juin 1855, M. Houdan, étudiant en médecine, amena aux consultations de mon dispensaire un enfant âgé de quatorze ans et atteint d'un zona sur le membre abdominal droit. Il y a huit jours, le 22 juin, cet enfant fut pris tout à coup, sans cause appréciée, de douleurs vives, très-aiguës, siégeant surtout à la hanche droite, mais s'irradiant, par intervalles, dans toute la longueur du membre. Le lendemain, M. Houdan fut consulté par les parents du jeune homme : il conseilla de faire, matin et soir, des frictions avec un liniment camphré et laudanisé. Le 26, il n'y avait pas d'amélioration; les douleurs étaient toujours lancinantes, plus aiguës à la hanche, au niveau de la tête du péroné. On applique un vésicatoire volant sur la hanche, vers le point d'émergence du nerf sciatique. Le lendemain matin, un peu de mieux. On panse le vésicatoire avec 2 centigrammes de morphine. Le 28, l'amélioration était encore plus prononcée, mais les douleurs, quand elles se faisaient sentir, avaient toujours le même siége d'élection. M. Houdan conseille de faire prendre à l'enfant un bain de vapeur. Dans la soirée, l'éruption paraît et les douleurs cessent tout à fait, pour ne plus revenir.

Aujourd'hui 30, on voit à la partie supérieure de la fesse droite, et au-dessus de la place du vésicatoire, une plaque d'herpès, large comme la paume de la main, formée de vésicules argentées, aplaties, inégales dans leur volume, et réunies en petits groupes distincts. Des disques plus petits encore recouvrent toute la face dorsale du pied et des orteils. Enfin, quelques autres disques, qui ne dépassent pas les dimensions d'une pièce de 1 franc, sont situés à la face externe et moyenne de la jambe. Les douleurs lancinantes n'ont pas reparu. Les plaques herpétiques ne sont le siége d'aucune sensation locale de cuisson, d'ardeur.

On saupoudre les surfaces malades avec de l'amidon sec, et on les recouvre d'un papier brouillard huilé que l'on maintient en place à l'aide d'une bande roulée autour du membre. Six jours après, la dessiccation de l'éruption était parfaite.

Obs. VII. Le 5 janvier 1857, la nommée Louise V***, âgée de quarante-deux ans, mercière, s'est présentée aux consultations de mon dispensaire, demandant un conseil pour une éruption qui, depuis la veille, commence à se développer sur la face. C'est une femme d'une bonne santé habituelle, très-irritable, ayant subi plusieurs atteintes de douleurs longtemps persistantes, soit dans les membres, soit à la tête, et qu'elle qualifie de nature rhumatismale; il y a huit jours, elle a éprouvé subitement et sans cause déterminante appréciée, une douleur vive, fixée dans l'oreille gauche pendant quelques heures, et s'irradiant ensuite, par des élancements rapides, vers d'autres points de la face du même côté.—Pas de traitement.

Pendant huit jours, les douleurs ont présenté la même intensité, le même caractère lancinant. Enfin, hier, une éruption commence à se développer sur le menton; ce sont quatre petits groupes vésiculeux, rangés au-dessous de la commissure gauche des lèvres, et au niveau du trou mentonnier; chaque disque est composé de quatre à dix vésicules bien intactes, perlées; sensation locale de brûlure, persistance des douleurs à l'oreille, à la tempe et dans les mâchoires. Il est impossible de ne pas reconnaître le début d'un zona.

Le lendemain, 6, un nouveau groupe vésiculeux paraît sur la tempe gauche; on voit en outre quelques vésicules éparses, sans agglomération régulière, intermédiaires au groupe de la tempe et à ceux du menton; enfin, le 7, l'éruption se complète par le développement de quelques vésicules dans le cuir chevelu et dans le pavillon de l'oreille externe; persistance des douleurs toujours sous la forme d'accès irréguliers.

La malade prend deux pilules de Méglin par jour.

Le 9 janvier, les vésicules commencent à se flétrir sur les groupes du menton; le 10, croûtes bien formées; la période de dessiccation est parfaite; mais sur la tempe et dans l'oreille, les vésicules sont encore liquides; les douleurs sont tout à fait calmées.—Continuer les pilules; saupoudrer avec l'amidon les surfaces malades.

Le 16. Chute des croûtes sur les disques du menton. Sur deux points, on voit une dépression cicatricielle très-prononcée, semblable à celle que produit la pustule variolique. Les croûtes sont encore adhérentes à l'oreille, à la tempe et au cuir chevelu. Depuis la nuit dernière, les douleurs lancinantes se réveillent dans le cuir chevelu et surtout dans l'oreille. — Quatre pilules de Méglin.

Pendant huit jours, il n'y eut aucune amélioration, les douleurs se faisaient surtout sentir dans l'oreille. Enfin, le 24, une quantité assez abondante de matière purulente s'échappe par le conduit auditif; il en résulte un soulagement immédiat.

Le 25. Un suintement puriforme continue encore par le conduit auditif. Plus de douleur locale; quelques légers bourdonnements; dureté de l'ouïe.—Injections émollientes dans l'oreille; deux pilules de Méglin.

Le 30. Guérison complète. Quelques jours après, nouvelles douleurs dans l'oreille, moins vives et moins lancinantes que les premières, et qui précèdent de quarante-huit heures environ le retour

de l'écoulement puriforme.—Un vésicatoire volant appliqué derrière l'oreille amena bientôt la disparition et de l'écoulement purulent et de la douleur.

Le 10 mars. Guérison définitive. J'ai revu la malade quatre mois plus tard, il n'y avait pas eu de récidive; mais l'ouïe était toujours dure de ce côté. Les cicatrices du menton sont très-apparentes et indélébiles.

A l'appui des considérations que nous venons d'émettre sur le véritable caractère qu'il convient d'assigner aux douleurs névralgiques coïncidant avec le zona, il est une autre circonstance très-curieuse qu'il nous paraît utile de signaler. L'éruption, dans quelques cas assez rares d'ailleurs, complique une fièvre intermittente bien caractérisée. Faudrait-il donc dire aussi que le zona peut devenir la cause d'une fièvre intermittente? Une telle assertion n'est pas soutenable, et il n'y a là encore qu'un simple rapport de coïncidence, comme le constate l'observation suivante.

Obs. VIII. Une jeune personne de vingt ans, d'un tempérament lymphatico-sanguin, sujette à des érysipèles de la face et fort mal réglée, fut atteinte, vers le milieu du mois d'août 1848, de frissons alternant avec de la chaleur, d'inappétence, de lassitude, de mauvais goût à la bouche, de céphalalgie, de démangeaison à la peau, principalement à la face et à la partie latérale droite du tronc et antérieure du ventre, de fièvre, puis d'émissions d'urines claires et abondantes, et enfin de sueurs copieuses d'une odeur fortement acide. Ces symptômes furent pris pour les signes précurseurs d'un des érysipèles auxquels était sujette la malade; mais le lendemain tout avait cessé : le jour suivant tous ces phénomènes se reproduisirent, et ils continuèrent dès lors à se montrer ainsi un jour et l'autre non.

Il ne fut pas douteux alors que la maladie était une fièvre intermittente tierce. Le médecin qui soignait la malade eut recours à une saignée du bras, puis à un éméto-cathartique, et enfin, pendant les six jours suivants, il administra du sulfate de quinine à la dose de 1 drachme par jour. Non-seulement la fièvre ne céda pas à cette médication, mais de nouveaux symptômes se manifestèrent : des taches irrégulières, plus grandes qu'une pièce de 5 francs, d'un rouge écarlate, rapprochées les unes des autres et surmontées de quelques vésicules arrondies et pleines d'une humeur séreuse, se montrèrent sur les parties de la peau qui, dans les commencements, avaient offert les démangeaisons, c'est-à dire à la partie latérale droite du tronc, à l'aine et à la cuisse du même côté.

Ce fut à cette époque que M. Escolar fut chargé de donner ses soins à la malade : la maladie durait alors depuis près d'un mois. La première chose que fit ce praticien, ce fut d'interrompre tout traitement et de soumettre la malade à un régime doux; il va sans dire que la fièvre intermittente continuait. Au bout de six jours de repos, on administra, pendant l'apyrexie, avec les précautions voulues, la formule suivante, dont M. Escolar se loue beaucoup :

Pr. Ecorces de quinquina jaune et de quinquina Calisaya
finement pulvérisées, de chaque. . . . . 1/2 once.

Crème de tartre	....	2 drachmes.
Acide sulfurique	....	8 gouttes.
Sirop simple	....	Q.S.

Mêlez et F. S. A. un électuaire à prendre en six ou huit fois, durant l'apyrexie.

Il ne fut pas nécessaire de répéter la dose, car le premier jour la fièvre fut coupée; cependant, afin d'en empêcher le retour, on engagea la malade à continuer le remède, et elle en prit pendant plusieurs jours la valeur d'une cuillerée à café tous les matins.

On dut alors s'occuper de la guérison du zona, car tel était le nom qu'on avait cru pouvoir donner à l'éruption; les taches étaient moins larges, mais les vésicules persistaient et leur liquide s'était troublé et avait pris un aspect laiteux. M. Escolar eut recours au proto-iodure de soufre administré à l'intérieur, en pilules de deux grains chaque, dont la malade prenait deux par jour, et à l'extérieur en frictions, d'après la formule suivante :

Pr. Proto-iodure de soufre	....	1 drachme.
Beurre frais	....	1 once.
Esprit de menthe	....	4 gouttes.

Mêlez exactement et F. S. A. une pommade pour oindre une fois tous les soirs la partie où siége l'éruption.

Au bout de quatre jours les vésicules s'ouvrirent, et le liquide qu'elles contenaient forma, en se concrétant, des croûtes brunes peu épaisses et adhérentes : elles ne tardèrent pas à tomber et laissèrent seulement des taches qui, en diminuant de jour en jour, ne tardèrent pas à disparaître. Il fut cependant nécessaire, pour obtenir ce résultat, de continuer pendant près de trois mois la médication iodiro-sulfureuse. Ce qu'il y a de très-remarquable, c'est que depuis lors la menstruation est devenue régulière et abondante, ce qui n'avait jamais eu lieu, et que la malade a cessé d'être aussi fréquemment sujette aux érysipèles. (*Boletino de medicina*, septembre 1852.)

Quoi qu'il en soit du rapport qui peut exister entre l'éruption vésiculeuse et soit les douleurs névralgiques, soit une fièvre intermittente, il est certain que l'application d'un traitement abortif n'exercerait aucune influence sur le développement, la marche, les caractères des accidents qui compliquent l'affection cutanée.

4° Le zona peut enfin apparaître sans névralgie prodromique ou concomitante, mais laisser après sa guérison des douleurs qui quelquefois persistent assez longtemps; comme on voit, chez certains sujets, cette autre modification de la sensibilité, le prurit, survivre à la guérison des affections hypéresthésiques, prurigo et lichen, qui lui ont donné naissance. Mais c'est là un fait tout exceptionnel, qu'on ne saurait dès lors avoir sérieusement la prétention de prévenir, en employant une médication préventive, dont l'efficacité serait au moins très-douteuse.

A plus forte raison serait-on fondé à penser ainsi, quand on a, comme dans le fait suivant, affaire à un zona compliqué d'accidents gangréneux.

Obs. IX. Le 6 septembre 1859, la nommée Barbier (Anne), âgée de soixante-quatre ans, est entrée à l'hôpital Saint-Louis, salle Saint-Thomas, nº 44, service de M. Cazenave. Cette femme, d'une constitution très-chétive, atteinte d'un catarrhe chronique, a été prise d'un peu de fièvre, il y a trois jours seulement : courbature, céphalalgie, perte de l'appétit ; en même temps, elle éprouve des picotements très-vifs, des douleurs lancinantes dans le bas-ventre et la région lombaire. Le soir même, l'éruption pour laquelle elle a demandé une admission à l'hôpital, commença à se développer. C'est une large bande rouge, composée de groupes vésiculeux bien distincts, quoique confluents, et qui, partant de la région lombaire, au niveau de l'os iliaque, contourne la hanche gauche, se dirige sur la région inguinale du même côté, et descend ensuite le long de la face interne de la cuisse, où elle s'arrête brusquement vers la partie moyenne. La plupart des vésicules qui composent chaque groupe de ce zona ont un aspect noirâtre qui ne dépend pas seulement de la couleur du liquide, mais d'un état gangréneux de la peau ; en effet, à la place des vésicules qui sont déchirées, existe un trou noir, profond ; on dirait une cautérisation pratiquée à l'aide d'un poinçon rougi et pénétrant plus ou moins loin dans l'épaisseur du tissu.

Sur les bras, le visage, et sur d'autres régions du tronc, existent des taches rosées, disparaissant sous la pression du doigt, de forme irrégulière, ayant de 3 à 6 centimètres de diamètre, offrant l'aspect des plaques de l'érythème marginé. Elles ne sont le siége d'aucune sensation locale de chaleur, de cuisson, de prurit. La malade prétend que ces taches n'existaient point la veille. La peau est chaude ; le pouls plein à 110 ; langue blanche ; inappétence ; constipation ; toux grasse ; l'exploration de la poitrine ne révèle que l'existence des râles propres au catarrhe chronique.

Prescription. — Mauve sucrée ; julep gommeux, un verre d'eau de Sedlitz, le matin : diète. On saupoudre les plaques du zona avec de l'amidon.

Le 8. Les taches érythémateuses ont disparu sans que la couleur de la peau conserve quelque légère nuance accusant leur existence passée. Même état général.

Le 12. Les croûtes noirâtres du zona, les taches gangréneuses de la peau sont détachées ; à leur place, on voit des ulcérations assez larges, à fond grisâtre ; l'aréole qui les entoure offre une teinte d'un rouge sombre : les élancements du début persistent toujours ; la fièvre a cessé, la toux persiste ; mais, pour la malade, c'est son état habituel ; l'appétit se réveille. — Prescription : bouillons, mauve sucrée, julep gommeux, 125 grammes de vin de quinquina, cataplasmes sur les surfaces ulcérées.

Le 21. Les ulcérations commencent à se cicatriser sur plusieurs groupes ; on n'en voit plus qu'un petit nombre dont la surface bourgeonnante est encore couverte de quelques détritus grisâtres ou

noirâtres. La santé générale semble s'améliorer; même traitement.

Le 3 octobre. La cicatrisation des ulcérations a fait beaucoup de progrès; elle est même terminée sur quelques points. Vers la partie moyenne de la cuisse et à deux endroits différents de la bande occupée par le zona, on voit se dessiner en relief de petites tumeurs rouges, douloureuses au toucher; elles ont le volume d'une noisette; la peau qui les recouvre ne porte plus que l'empreinte des taches ou des cicatrices laissées par l'éruption. Ces tumeurs passent à l'état phlegmoneux. La fluctuation devient manifeste, et la peau étant assez amincie le 7, on les ouvre avec la lancette. Amélioration de l'état général.

Le 18. La cicatrisation est partout terminée, à l'exception de trois petites ulcérations qui existent encore à la limite du zona sur la face interne de la cuisse. A dater de cette époque, l'état général empire; plus d'appétit; affaiblissement graduel sans fièvre; puis survient une diarrhée incoercible qui résiste aux astringents, aux opiacés, au diascordium et à tous les autres moyens employés. Mort le 17 novembre; les trois dernières ulcérations n'étaient pas encore cicatrisées; l'autopsie n'a pas pu être faite.

En résumé, et comme le démontrent les faits que nous venons de signaler, la douleur dans le zona est un symptôme inconstant, d'une nature variable, se présentant sous des types très-divers, n'ayant enfin rien d'absolu dans son mode d'apparition, dans sa marche, dans l'époque de sa terminaison. Le plus souvent elle ne semble constituer qu'un phénomène d'inflammation paraissant et disparaissant avec la maladie cutanée. Elle peut d'ailleurs, ou ne pas exister, ou avoir si peu d'intensité qu'elle est à peine appréciable. Si on la voit souvent se manifester sous forme de véritable névralgie, si alors elle peut persister après que l'éruption a disparu, dans la plupart des cas où on l'observe avec ce type, elle cesse après la guérison du zona.

De ces faits cliniques bien constatés, il nous paraît ressortir évidemment que, si l'emploi de moyens dits abortifs a été suivi soit de la cessation de la douleur, soit de son absence, on n'est pas en droit d'expliquer ces circonstances par l'efficacité du traitement, puisque le symptôme contre lequel il était dirigé pouvait, ou manquer, ou disparaître naturellement.

Mais, en admettant que cette médication ait l'efficacité qu'on lui attribue, il resterait à déterminer les conditions dans lesquelles il convient de l'employer. Or, il n'existe aucun signe tant soit peu certain qui puisse faire prévoir l'apparition de la douleur, et encore moins indiquer les caractères qu'elle devra présenter, l'intensité qu'elle aura. Il faudrait donc, pour être conséquent, appliquer le traitement abortif à tous les cas de zona sans exception. Mais ce

serait là, en supposant le principe vrai, une déduction excessive qu'on ne saurait sérieusement mettre en pratique.

Nous n'entendons pas d'ailleurs proscrire d'une manière absolue l'emploi des divers moyens qui ont été conseillés. Il en est un surtout qui peut rendre de véritables services, mais dont l'utilité s'explique sans qu'il soit besoin de lui attribuer une vertu préventive. Nous voulons parler des vésicatoires volants : on sait, en effet, qu'ils constituent un des meilleurs moyens locaux pour combattre les névralgies. Il n'y a donc, en réalité, rien d'extraordinaire à ce que, employés au début de certains zonas, ils aient fait disparaître des douleurs à type névralgique, qu'on signale souvent comme symptôme initial ou concomitant de l'éruption. Mais alors, nous le répétons, ils agissent, non comme agents d'une médication abortive, mais simplement comme antinévralgiques.

Quant aux autres moyens topiques qui ont été proposés dans le même but, tels que les cautérisations, les frictions énergiques, ils nous semblent présenter des inconvénients sérieux. Ainsi, ils peuvent, et nous en avons observé quelques malheureux exemples, par la destruction violente des vésicules, et par l'irritation qu'ils produisent, déterminer des ulcérations profondes, à fond grisâtre, diphthéritique, détruisant de larges surfaces, toujours douloureuses et très-persistantes. Ces considérations nous semblent suffisantes pour contre-indiquer, dans le traitement du zona, l'emploi des moyens abortifs, alors que les résultats exceptionnels qu'on leur attribue auraient le degré de certitude qui leur manque complétement. Aussi n'hésitons-nous pas à dire que la médication abortive nous paraît une mauvaise méthode, ou du moins qu'on ne saurait la conseiller comme méthode générale, puisqu'elle est inutile le plus souvent, dangereuse quelquefois. Nous croyons qu'il est plus sage, plus rationnel de s'en tenir au traitement ordinaire, tel que l'a institué M. Cazenave ; c'est-à-dire qu'il faut ménager les vésicules, les garantir de toute cause de rupture, et traiter la névralgie concomitante ou consécutive suivant les indications.

Nous croyons devoir, en terminant, appeler l'attention des praticiens sur un accident que nous n'avons vu signalé jusqu'à présent par aucun auteur ; nous voulons parler de l'existence d'abcès ayant compliqué le zona dans trois des observations précédentes (Obs. IV, VII, IX). Alibert a cité [1] un fait présentant quelque analogie avec ce genre de complication. C'est celui d'une jeune fille, âgée de vingt-

[1] *Précis théorique et pratique sur les maladies de la peau*, p. 507, deuxième édition, 1822.

quatre ans, sujette, trois ou quatre fois dans le cours de l'année, à des espèces de fluxions cutanées, se présentant sous la forme d'herpès phlycténoïdes, et chez laquelle l'éruption vésiculeuse, toujours fébrile et localisée aux seins, aux épaules et aux bras, était « compliquée d'une quantité énorme de clous ou furoncles disséminés sur toutes les parties du corps, se succédant les uns aux autres, durant l'espace de six semaines. » Mais, dans les cas de zona que nous avons cités, la complication consistait dans l'apparition d'abcès essentiellement locaux, développés dans le tissu cellulaire sous-jacent ou contigu aux plaques vésiculeuses.

Quel est maintenant le caractère de cette complication? Quelle valeur faut-il lui attribuer ? c'est ce qu'il n'est pas permis de déterminer exactement. Si, dans un cas, l'abcès est venu compliquer une éruption de nature gangréneuse suffisante pour expliquer son apparition, dans les deux autres on l'a vu survenir alors que le zona ne présentait aucun symptôme d'acuité ou d'intensité tant soit peu marqué, que les exulcérations étaient cicatrisées et qu'il n'existait plus même de croûtes. Il faut ajouter aussi que ces abcès s'étaient développés chez des sujets jeunes, bien portants d'ailleurs ; et ces circonstances ne permettent pas d'établir une similitude réelle entre la complication que nous venons de signaler et celle qu'a observée Alibert. Cette dernière, apparaissant comme une sorte de crise régulière, se prolongeant pendant plusieurs septénaires, était évidemment sous la dépendance de conditions générales qui n'existaient pas dans deux au moins des observations que nous avons rapportées.

THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE.

Nouvel ambi pour les luxations scapulo-humérales, difficiles ou anciennes.

Par M. le docteur Dauvergne, médecin de l'hôpital de Manosque.

Il y a vingt-cinq ans, lorsque Pravaz venait de publier ses quelques cas de réduction de luxations congéniales du fémur, il se présenta à moi un jeune homme qui avait une luxation scapulo-humérale en avant (anticoracoïdienne) datant de deux mois, pour laquelle, après quelques tractions, l'officier de santé appelé lui avait déclaré qu'elle était remise. Ce malheureux jeune homme estropié me fit pitié, mais, n'ayant aucune moulle à ma disposition, connaissant

tous les dangers de ces réductions tardives, je l'adressai à des confrères de Marseille, et feu Ducros, alors chirurgien en chef de l'Hôtel-Dieu, après avoir saigné le malade, lui avoir fait prendre des bains prolongés, essaya les tractions, à différentes reprises, avec la moufle, sans aucune espèce de résultat ; de sorte qu'après deux autres mois, le malade me revint tel qu'il était parti.

Pendant son absence, cette question me préoccupant, j'explorai la science d'alors, et ne tardai pas à me convaincre que les moyens à notre disposition, soit par les aides, soit par les machines, ne manquaient pas de puissance, puisqu'on avait constaté avec les uns et les autres de nombreux accidents, tels que déchirures de la peau, des muscles, des nerfs et des vaisseaux.

Ce n'était donc pas la puissance du moyen qui me faisait défaut ; c'était, avec une certaine puissance d'action, une force graduelle, insensible ; une combinaison de mouvements ; une différence de direction à imprimer aux tractions ; une combinaison de la force extensive avec le mouvement de bascule ; et enfin, surtout, une machine qui me permît de prolonger et de renouveler fréquemment cette action, voyant, par les observations de Pravaz, que c'était dans cette continuité qu'il fallait trouver le moyen d'éviter le danger des tractions trop fortes et trop subites.

Or, jusqu'ici, les machines inventées renfermaient bien les unes une puissance de traction, les autres un mouvement de bascule, mais chacun séparément, sans pouvoir s'aider de l'une par l'autre, réciproquement ou successivement.

Les aides m'offraient, toutefois, cette espèce d'avantage ; mais, quoi qu'en dise Boyer, je m'apercevais déjà qu'ils déployaient une force impossible à calculer, une force n'agissant que par secousses, une force donc plus aveugle que celle des machines, puisque le chirurgien peut bien surveiller celle de sa machine, mais jamais connaître exactement la témérité ou la vigueur de ses aides. Et quoique j'ignorasse alors, ce que m'en a appris depuis M. Malgaigne : « que c'est avec les aides qu'on a produit les plus nombreux et les « plus irréparables malheurs » (*Traité des fractures et des luxations*, t. II, p. 90), je ne m'arrêtai pas longtemps à l'idée des aides.

Je pouvais d'autant moins m'y arrêter que les faits de Pravaz m'avaient fait comprendre, je l'ai déjà dit, que le seul moyen d'éviter les dangers des fortes tractions résidait dans la continuité de leur emploi, dans la multiplicité des séances d'extension, dans la patience, en un mot, et la persévérance à vaincre la résistance musculaire, comme les rétractions ligamenteuses ou les tissus de nou-

velle formation. Or, les aides ne pouvaient se prêter à de telles exigences.

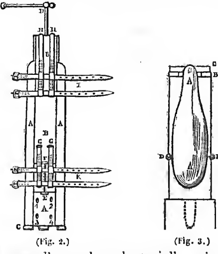
Par toutes ces raisons et motifs, il me fallait une machine nouvelle! Mais comment songer à inventer une machine, qu'il était alors de mode, sinon de bon goût, de réprouver? Comment inventer une machine nouvelle, lorsque tant d'inventions de ce genre avaient péri dans l'oubli ou n'avaient subsisté que pour être critiquées? Le retour de mon malade, le désir de lui rendre son bras décidèrent seuls la question. Je me mis à faire construire aussitôt ma machine, qui, presque malgré moi, s'était peu à peu organisée dans mon imagination, et c'est celle-ci, par ses effets et son mécanisme, qui me fit imaginer peu après mes glossocômes pour les fractures des membres inférieurs et supérieurs.

Comme je viens de le faire pressentir, je rejetai la machine de J.-L. Petit, je ne connaissais pas alors celle de Gersdorff, je ne m'arrêtai pas non plus au réducteur de Math. Mayor; parce que, si toutes ces machines faisaient à la fois l'extension et la contre-extension, aucune ne pouvait pratiquer l'extension verticale, ni varier la direction des tractions, ni combiner le mouvement d'extension avec celui de bascule, moins encore soutenir pendant longtemps ces impulsions multiples.

Il me restait l'ambi d'Ambroise Paré; mais celui-ci, comme l'échelle des anciens, n'avait absolument que le mouvement de bascule, et qu'il exécute d'une manière que l'on doit reconnaître avec Heister comme très-dangereuse, parce que le bout du levier agit trop immédiatement sous le creux de l'aisselle, et peut, par cette action trop vive, y occasionner les plus grands désordres. Je ne pris donc de cet ambi que le nom et la forme primitive.

Au lieu d'un levier mobile comme une balance que présentait l'ambi de Paré, j'imaginai une attelle s'articulant par charnière à l'extrémité même du poteau, taillé en sifflet pour permettre à la fois et l'extension en bas et la bascule. Cette attelle étant à coulisse ou à tiroir et munie d'un écrou à sa partie mobile, était mue par une vis, qui, appuyant au fond de l'attelle immobile, qui répondait à l'aisselle, entraînait le tiroir, et faisait ainsi l'extension et la contre-extension. Bien entendu que les liens extensifs fixaient le bras au tiroir et que l'attelle, arrivant au niveau du poteau du côté du corps, faisait porter ainsi la contre-extension sur tout ce côté, sans la restreindre à l'aisselle, comme les machines de J.-L. Petit, de Gersdorff, et le pommeau du réducteur de Mayor. (Voyez figure 2.) J'ai diminué ce point d'appui de la contre-extension, en arrivant

vers l'aisselle, afin qu'il n'appuyât pas contre les muscles grand pectoral, grand rond et sous-épineux, qui forment le creux de l'aisselle et se trouvent tendus par la plupart des autres machines. Pour remédier à ce grave inconvénient, qui contrarie les effets de l'extension, j'ai joint au poteau une espèce de coin de bois arrondi et poli, sculpté en quelque sorte sur la forme du creux de l'aisselle, ce qui aide au mouvement de bascule dans l'abaissement de l'attelle. De plus, cette pièce de bois continue d'être arrondie sur la portion qui touche au thorax, de manière à pouvoir présenter à peu près, à la rondeur de celui-ci, toujours la même surface, et quoique les tractions s'opèrent en avant ou en arrière, lorsque l'on fait tourner la machine sur son pivot. Il s'opère ainsi un mouvement de rotation dans l'aisselle et sur le côté, dont nous expliquerons encore mieux le mécanisme en décrivant la machine elle-même[1]. (Voyez fig. 3.)

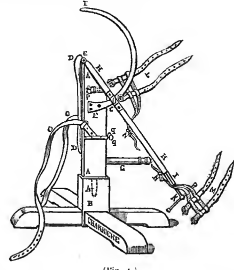


(Fig. 2.) (Fig. 3.)

Enfin, au moyen d'un arc de cercle muni d'une vis de pression, on peut faire des tractions en bas, horizontalement ou verticalement ; et au moyen d'un pivot, disposé dans le poteau, les tractions peuvent se faire en avant comme en arrière, le coin arrondi de l'aisselle et la surface thoracique du poteau permettant le mouvement de

(1) Ces figures devraient paraître seulement à la fin du mémoire de M. Dauvergne où se trouve l'explication de l'*ambi* et celle de ses diverses pièces, ainsi que la manière dont elles agissent. L'étendue du travail de notre collaborateur ne nous permettant pas de le publier en entier dans cette livraison, nous croyons faciliter l'intelligence du début de ce mémoire en y insérant ces figures, sauf à les reproduire en leur lieu. (*Note du rédacteur en chef.*)

rotation dans l'aisselle et contre la poitrine, sans changer sensiblement la puissance d'action. Il y a plus : c'est qu'en combinant ce mouvement du pivot au bas du poteau et celui de la charnière de l'attelle en haut, on fait exécuter à la machine des mouvements de circumduction, le pivot étant disposé pour être mis en jeu par le pied du chirurgien, et l'attelle en haut par sa main. D'où il résulte qu'avec une machine assez simple, on peut déterminer ces mouvements de circumduction que jusqu'ici la main seule du chirurgien pouvait exécuter, et par conséquent au moment où les tractions étaient bien peu énergiques, puisqu'elles étaient faites par un seul homme, et encore pendant qu'il effectuait un mouvement complexe, qui décomposait sa force. (Voyez figure 1.)



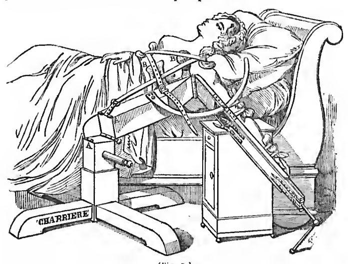
(Fig. 1.)

Une telle machine, bien différente donc de celles imaginées jusqu'ici, qui n'avaient qu'une roideur invariable, peut, avec une extension plus ou moins puissante, remplir cette indication qu'Ambroise Paré avait posée, et qui est souvent indispensable : « Que si « dauenture la teste et l'os du haut du bras manquent à entrer tout « à l'heure en sa cavité, il faut que le chirurgien branle çà et là le bras « disloqué ; et par ce moyen la teste de l'os rentrera dans sa boëtte. »

En faisant exécuter à mon ambi des mouvements en haut et en bas, en avant et en arrière, combinés avec l'extension et la bascule, j'étais déjà parvenu à faire effectuer à une machine ce qu'aucune autre n'avait encore fait ; mais en lui faisant exécuter des mouve-

ments de circumduction, avec une traction puissante, j'étais arrivé à lui faire faire ce à quoi les aides eux-mêmes ne parviendraient jamais. Aussi pareil mouvement n'était effectué que par le chirurgien seul, qui ne pouvait y joindre qu'une très-faible traction, peut-être suffisante dans certaines luxations récentes, mais à coup sûr dérisoire dans les luxations difficiles et surtout invétérées.

Ce n'était pas tout, il fallait encore que mon ambi se prêtât le mieux possible, non-seulement à la continuité d'action pour lasser les muscles, mais à la position du malade où le relâchement musculaire général étant le plus complet, celui de l'épaule fût entraîné par le *consensus* ou l'exemple. Je m'explique : je voulais lasser les muscles par la continuité et la douceur de l'extension, et je m'étais aperçu que, dans la position assise, les malades, prenant un point d'appui par les pieds sur le sol, par le siége et le dos sur la chaise, se contractaient même involontairement et tout entiers, comme pour lutter contre une puissance qui semblait les entraîner. Dans la position couchée au contraire, les muscles sont, comme instinctivement, tous dans la résolution, parce qu'ils manquent presque entièrement de point d'appui. Aussi avais-je remarqué que dans cette position l'abandon du malade est presque absolu.



(Fig. 5.)

Pour profiter de cette importante indication, je cherchai à disposer mon ambi, de manière qu'il pût se coucher avec le malade, et j'y parvins facilement au moyen d'une section du poteau au niveau de la hanche, section maintenue par deux charnières à clavette. Par

ce moyen l'ambi s'incline d'un côté ou de l'autre, suivant qu'il s'agit du bras droit ou du bras gauche. Il suffit d'enlever l'une ou l'autre clavette, et de disposer, au préalable, un lit de hauteur propice. Alors, pendant ou après les tractions, la partie supérieure de l'ambi, c'est-à-dire tout ce qui se trouve au-dessus de la hanche, se couche avec le malade, sans changer l'action de l'extension. (Voyez figure 5.)

Restaient les moyens de fixer l'omoplate. Je crus y parvenir par des serviettes, dont l'une fixait le tronc en se nouant autour de celui-ci et du poteau, pendant qu'une autre, pliée en cravate sur l'épaule, venait passer ses deux chefs dans la première, pour revenir se nouer sur elle-même, et par conséquent toujours sur l'épaule du côté malade. Mais j'ai depuis constaté l'inefficacité do ce moyen, et y ai remédié, je crois, parfaitement, par un procédé bien simple, dont je parlerai plus bas, à l'occasion de la nécessité du moment qui m'y fit recourir.

Cependant, tel qu'il était alors, dès l'instant que je fus muni de cet appareil, je fis entrer mon malade à l'hôpital de Valensole, dont j'étais alors le médecin, et le soumis pendant plusieurs séances à divers genres d'extensions, pendant lesquelles je reconnus manifestement toute la puissance de mon ambi, toutes les ressources qu'il fournissait. Mais je m'aperçus aussi que, sauf les tractions horizontales, l'action des verticales et celles en bas, étaient en partie détruites par l'élévation ou l'abaissement de l'omoplate, qui, malgré mes serviettes, suivait le mouvement. J'y remédiai bien par moment, en pressant avec la main sur l'acromion lorsque je faisais des tractions en haut, ou en appuyant sur le bord externe et le dos de l'omoplate, lorsque je faisais des tractions en bas ; mais, outre que l'on se fatigue, outre que je ne demeurais pas tout le temps auprès du malade, pendant qu'il était soumis à l'extension, outre encore que j'étais souvent employé à la manivelle de la vis, ou à diriger l'attelle extensive pour les mouvements du bras, je cherchais encore quelquefois à presser sur la tête de l'os pour la dégager de la partie antérieure de l'apophyse coracoïde.

Cependant, après huit jours de ces différentes manœuvres, et l'extension maintenue chaque jour pendant une heure, même une heure et demie, j'avais obtenu beaucoup de laxité dans les attaches de la tête humérale. Elle avait manifestement avancé, et l'on pourrait dire aujourd'hui que cette luxation s'était transformée en sous-coracoïdienne. Aussi le malade, pendant les entr'actes, malgré un peu d'endolorissement, surtout les quelques premières heures qui suivaient les séances, se servait-il mieux de son bras ; il le portait

en avant, en arrière, atteignait avec la main le menton et la bouche, tandis qu'auparavant, il ne dépassait guère la partie la plus inférieure de la poitrine. Mais ce jeune homme de peu d'intelligence, au lieu d'être encouragé par le résultat obtenu, crut qu'il n'en obtiendrait pas davantage, et content de ce qu'il avait gagné, voulut quitter l'hôpital pour fuir de nouvelles douleurs. Il reprit aussitôt ses travaux des champs, et depuis longtemps je n'en ai plus entendu parler.

J'en étais là donc à attendre de nouveaux faits, pour juger des nouvelles améliorations que je pourrais encore apporter à mon instrument; mais de tels cas sont rares dans nos pays, et ce ne fut que trois ans après, à Manosque, que M. Marin, serrurier, m'amena un autre malade.

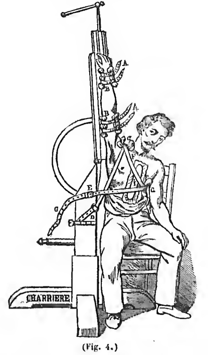
C'était en 1839, un ouvrier chapelier fort et robuste, qui s'était luxé le bras, à Nîmes, et où différentes tentatives n'avaient pu en opérer la réduction. Il y avait trois mois de l'accident, et depuis deux le malade avait pu reprendre ses travaux, parce que dans l'action de fouler le feutre, les bras exécutent les divers pliages en bas et en avant, au niveau de la ceinture. Seulement il ne pouvait porter la main à sa cravate, ni à sa bouche, ni exécuter des mouvements en arrière et en dehors.

A cette époque, je diagnostiquai seulement une luxation du bras gauche en avant; mais aujourd'hui, en considérant la position de la tête de l'humérus, tout à fait en avant de l'apophyse coracoïde, faisant saillie à travers le muscle grand pectoral sous la clavicule, son absence dans le creux de l'aisselle et le rapprochement du bras du tronc, je ne puis douter qu'il s'agissait d'une luxation sous-claviculaire. Le bras était sensiblement allongé et n'avait pas subi de rotation notable.

Quoi qu'il en soit, je soumis mon malade à deux séances par jour et à des tractions dans tous les sens, quoiqu'en insistant davantage sur celles qu'indiquait la direction du déplacement. J'insistai donc peut-être trop sur les tractions en arrière, ignorant que Hey avait fait remarquer que, dans ce cas, des tractions en arrière à la manière de White, tendant le grand pectoral sous lequel la tête est engagée, ferment la voie par laquelle la tête doit retourner dans sa cavité.

Heureusement que je ne me bornai pas à ce genre de traction; qu'en expérimentant encore mon ambi, je faisais des tractions tantôt en avant, en arrière, tantôt en haut et même en bas. Ce fut alors que je m'aperçus mieux encore de la mobilité de l'omoplate et de l'ob-

stacle qu'elle apportait au dégagement de la tête humérale en suivant ses mouvements, de même que de la perte qu'éprouvait l'extension, en portant presque autant sur les muscles qui fixent l'omoplate au dos que sur la tête et ses nouvelles attaches. L'indication essentielle me parut alors de fixer l'omoplate, dont la mobilité paralysait ainsi l'action de mes tractions et la direction que mon ambi permettait de leur donner, et j'imaginai, après divers tâtonnements, de fixer l'épaule et le tronc, tout à la fois, au poteau de mon ambi de la manière suivante ; deux courroies, l'une en avant, l'autre en arrière, clouées à la partie inférieure du poteau, montaient de là pour se croiser sur l'épaule du côté luxé. Celle de la partie antérieure des-



(Fig. 4.)

cendait de l'épaule obliquement sur le dos, passait sur le côté opposé pour venir croiser transversalement la poitrine au-dessous des seins, et se fixer ensuite directement en avant à une boucle attachée à l'extrémité supérieure du poteau dans la même direction. (Voyez la figure 4.) Celle de la partie postérieure faisait une route inverse : de l'épaule, elle descendait sur la partie antérieure de la poitrine, se portait obliquement sur le côté, où elle se croisait avec la précé-

dente, coupait alors transversalement aussi la partie postérieure du dos pour venir se boucler au même point du poteau que la précédente. De cette manière, non-seulement l'omoplate était assujettie par la pression acromiale, mais le corps tout entier était solidement fixé contre le poteau ; tandis que l'omoplate était aussi pressée par derrière par la courroie postérieure qui appuyait sur son angle inférieur.

Toutefois, je remarquai encore que le malade se soustrayait légèrement et par moment à cette pression acromiale en courbant un peu son corps, et quoique ce mouvement fût fort limité par la pression des courroies sur le côté opposé au poteau, je voulus pareillement empêcher ce mouvement, en plaçant, en avant de la poitrine, en guise de plastron et sous les courroies, une attelle rembourrée ou munie d'un coussinet, appuyant sur le ventre et la poitrine. (Voyez la figure 2.) J'en fis même autant sur le côté, ne fût-ce que pour faire porter l'entre-croisement des courroies sur une plus large surface. Depuis, en réfléchissant sur l'importance de la fixité de l'omoplate, l'annihilation de ses mouvements et celle des tractions sur les muscles trapèze, angulaire, rhomboïde et grand dentelé, pendant les tractions horizontales, et surtout en bas, j'avais pensé qu'on pourrait encore mettre un fort coussinet entre le poteau et la partie postérieure du bord externe de l'omoplate, de manière à mieux s'opposer à ce qu'elle obéit à l'extension, et qu'étant pour ainsi dire repoussée directement en dedans, l'effort fût uniquement concentré sur la tête humérale.

Quoi qu'il en soit, avec ces dernières modifications, l'omoplate fut assez bien fixée, et je pratiquai assez régulièrement deux séances par jour de demi-heure, trois quarts d'heure et même une heure, pendant lesquelles je laissai dix minutes environ l'extension, suivant la même direction en avant, en arrière, en haut ou en bas, et terminant chaque fois la séance par des mouvements de circumduction plus ou moins étendus, suivant que l'extension était portée plus ou moins loin.

En effet, lorsque l'extension était très-forte, les mouvements de circumduction, dans certaine direction, surtout celle en bas, qui se compliquait de l'action de la bascule, exagérant encore l'extension, faisait vivement souffrir le patient et m'obligeait, soit à limiter leur orbe, soit à m'arrêter.

Ce traitement dura ainsi vingt-six jours. Pendant ce temps je vis la tête de l'humérus cheminer, quelquefois même atteindre presque le niveau de la saillie coracoïde, tandis qu'après les séances, lorsque l'engourdissement du bras avait passé, le malade acquérait chaque

jour une plus grande liberté dans les mouvements. La tête de l'os n'était plus emprisonnée sous la clavicule sans mobilité ; on pouvait, soit en imprimant des mouvements par le coude, soit en la pressant directement avec le doigt, sentir sa rotation, la déplacer même. Le malade portait lui-même son coude un peu en arrière et sa main atteignit sa cravate, sa bouche, et plus tard le dessus de la tête. Enfin le vingt-sixième jour, dans un mouvement de circumduction, en bas et en avant, le malade cria tout à coup : « Çà y est! » Je m'arrêtai aussitôt, m'assurai de la réalité de la chose, et lui recommandai de ne pas faire un mouvement, une contraction. Je défis tout de suite les courroies de préhension et de contre-extension, ce qui fut fait en un clin d'œil, portai ma main droite sur le moignon de l'épaule, de manière à embrasser l'articulation et à maintenir en place la tête humérale. Avec ma main gauche je soutenais le coude et engageai le malade à se dresser peu à peu, de manière à sortir son aisselle de l'espèce de coin où elle était engagée. En même temps, je rapprochai toujours le coude, afin que, lorsqu'il eut atteint le sommet de l'angle de l'ambi, il fût tout à fait près du tronc.

Je vis bien alors que l'épaule avait repris sa forme, que la tête humérale remplissait le vide articulaire et effaçait les apophyses coracoïde et acromion, que même elle avait laissé un autre vide très-sensible sous le bord externe de la clavicule; tandis que les mouvements du bras m'assurèrent que la tête humérale roulait exactement dans sa cavité. Alors je fixai le bras près du tronc, au moyen de cravates, et engageai le malade à le maintenir ainsi à peu près trois semaines. Pendant les quelques premiers jours, il survint de la douleur, du gonflement et même de la rougeur, qui se dissipèrent après quatre ou cinq jours, au moyen de cataplasmes émollients. Mais le malade s'ennuyant de ne rien faire, voulut rentrer dans sa famille, où il me promit bien de ne détacher son bras que vers le vingtième jour et de le ménager ensuite dans ses mouvements. J'ignore s'il a fidèlement suivi ces conseils, car ni moi, ni son ami n'en avons plus eu de nouvelles.

Ce fait me paraît bien intéressant, d'autant que le malade ne voulut pas entrer à l'hôpital et venait subir les séances chez moi, matin et soir, allant ensuite travailler à ses chapeaux, à pièce, comme il disait, ne pouvant supporter l'ennui d'être enfermé. Seulement je dois avouer qu'il faut avoir beaucoup de courage et de fermeté de caractère pour subir un traitement pareil et si long ; car le malade me paraissait souffrir assez, pendant les premiers jours, à l'extrémité supérieure du bras, et pendant les derniers aux points qui

supportent la préhension. Cependant, avec la disposition que j'avais adoptée, il n'y eut jamais d'écorchure à la peau, et la main rougissait seulement un peu sans se tuméfier.

Maintenant deux questions se présentent : Fallait-il pousser plus rapidement le traitement, en employant plus de force et d'énergie dans les tractions ? mais alors c'était rentrer dans tous les dangers des autres procédés! Ou encore conviendrait-il aujourd'hui de joindre à la puissance et aux différentes facultés de mon ambi l'anesthésie ? Dans une luxation récente et difficile, je ne dis pas non ; mais peut-on, quarante ou cinquante fois, employer le chloroforme pour une luxation ancienne ? D'autant que j'ai cru remaquer que, si dans les premières séances, la principale résistance vient des muscles, ceux-ci s'habituent dans les dernières à céder, surtout à l'action lente et progressive de la vis. De sorte qu'après quelques extensions, on n'a plus guère à lutter que contre la rétraction ou la résistance ligamenteuse. Or, sait-on si l'anesthésie atteint les ligaments et les ligaments rétactés ? Dans ce cas l'ivresse chloroformique deviendrait d'un grand secours, après quelques séances, lorsque les muscles auraient cédé à l'habitude des tractions, et que la tête huméralo serait dégagée de ses nouvelles attachos. Mais l'observation ne m'ayant rien appris à cet égard, et la science étant encore muette sur ces questions, je ne puis que les poser, afin que l'avenir les résolve.

Fallait-il, au contraire, pour faire moins souffrir le malade, mettre encore plus de douceur, plus de lenteur et de patience dans le traitement ? Mais alors, on ne rompait pas les attaches de nouvelle formation, on ne faisait pas céder la rétraction des ligaments déchirés ? J'étais donc plein de doute, et je le suis encore sur toutes ces questions, car depuis il ne s'est plus présenté d'occasion où je pusse employer mon ambi.

Je ne parle pas du chevauchement des extrémités osseuses, je ne crois pas avoir rencontré cet obstacle, ou du moins je l'attribuais à la résistance ligamenteuse. D'ailleurs, mon ambi, permettant tous les mouvements, fournit à cet égard toutes les ressources des procédés de douceur. Il permet, comme je m'attachai à le faire d'abord, d'exécuter des tractions suivant la direction du déplacement en bas et en arrière, et donne toutes facilités d'insister sur ceux d'élévation et d'abduction, d'après la méthode de Mothe. Dans ces cas-là, non-seulement le chevauchement est évité, mais la tête de l'os est ramenée en bas et en avant, vis-à-vis de la déchirure de la capsule ; tandis que cette même tête franchit le bord glénoïdien plus facilement, parce qu'on ne la ramène en arrière, par le mouvement du

bras en avant et en bas, qu'après que les premiers mouvements l'ont dégagée et pendant que l'allongement ligamenteux est encore soutenu, sinon effectué par de plus fortes tractions.

(La fin au prochain numéro.)



CHIMIE ET PHARMACIE.

Note sur la préparation de la teinture de musc.

Parmi les agents thérapeutiques qui appartiennent à la classe des antispasmodiques, le musc occupe, d'après certains praticiens, un rang assez élevé. On le prescrit le plus ordinairement sous la forme de pilules ou de poudre suspendue dans une potion ou dans un lavement; mais beaucoup de médecins préfèrent la teinture. Les raisons sur lesquelles ils s'appuient pour agir ainsi ne sont pas bien connues. On les énoncerait peut-être difficilement. On peut dire cependant, qu'en suspendant la poudre dans une potion, on prépare un médicament peu agréable à la vue, et désagréable à prendre, à cause de la poudre qui se dépose dans la bouche. La teinture ne présente pas les mêmes inconvénients; mais peut-elle, dans les circonstances actuelles, remplacer le musc? La chose est douteuse. Nous allons essayer de le démontrer, puis nous proposerons un moyen que nous croyons de nature à faciliter cette substitution ou au moins à la rendre plus facile.

Voyons d'abord comment les auteurs conseillent de prescrire ces agents. Les uns recommandent d'administrer le musc aux doses de 10 à 50 centigrammes, et les autres à celles de 1 gramme, 1gr,25 et 4 grammes, tandis qu'ils disent de prendre 10 à 20 gouttes, ou bien 50 centigrammes à 5 grammes de teinture.

Il est bien évident, d'après cela, que les doses de la teinture sont considérées par ces expérimentateurs comme les équivalents du musc en poudre, car, en thérapeutique, on ne peut remplacer un médicament par un autre qu'à la condition d'employer des équivalents respectifs; au moins, c'est ainsi que nous comprenons l'art de prescrire et l'art de formuler. Eh bien! il n'en est rien. Ces doses n'ont aucun rapport les unes avec les autres. Un calcul bien simple permet de démontrer cette vérité. La teinture de musc qui a été préparée dans de bonnes conditions représente sensiblement le cinquième de son poids de musc, puisque 1 gramme contient les

principes solubles de 20 centigrammes de cet agent thérapeutique. Il est bien certain, d'après cela, qu'il faut prescrire au moins cinq parties de teinture pour obtenir l'action d'une partie de musc, et que les praticiens qui prescrivent 10 ou 20 gouttes, 50 centigrammes ou 5 grammes de teinture, administrent seulement le macéré de 56 ou de 112 milligrammes, ou bien, de 10 centigrammes ou de 1 gramme de musc, doses qui atteignent à peine les quantités qu'il serait nécessaire de prescrire dans beaucoup de cas.

Nous avons dit, en commençant cette note, que la teinture de musc ne pouvait pas, dans les circonstances actuelles, remplacer le musc en poudre, et nous allons essayer de justifier notre opinion.

Disons d'abord que, à notre point de vue, une teinture n'est et ne peut être un agent thérapeutique essentiel, important, que lorsqu'elle a été préparée dans des conditions telles que la plus grande partie des principes les plus actifs de la substance qui lui sert de base ont été dissous, abstraction faite de toutes les matières inertes qui peuvent les accompagner, et que le liquide alcoolisé ne doit renfermer que la quantité d'alcool absolu qui est nécessaire pour dissoudre ces principes et assurer leur conservation. En effet, c'est en vain que l'on chercherait à enlever aux substances médicamenteuses la somme totale de leurs principes solubles, puisque la majeure partie de ces corps ne peuvent que diminuer l'activité du médicament que l'on se propose de préparer.

Tous les auteurs ne sont pas d'accord sur la force de l'alcool qu'il faut employer pour faire la teinture de musc. Ainsi, tandis que le Codex français recommande l'alcool à 80 degrés centésimaux, d'autres pharmacopées veulent qu'elle soit préparée avec de l'alcool à 84, 88 et 93 degrés centésimaux. D'autres prescrivent plus simplement l'alcool rectifié sans désignation du degré : c'est plus facile et moins compromettant. Eh bien ! nous ne sommes point de cet avis, et nous proposons, au contraire, l'alcool à 56 degrés centésimaux. Les raisons sur lesquelles nous appuyons notre proposition sont les suivantes ; elles sont importantes.

La teinture de musc préparée avec l'alcool à 56 degrés contient beaucoup de principes extractifs, elle est plus odorante que celle qui a été préparée avec de l'alcool fort, et les potions sont plus limpides, plus sapides et répandent plus d'odeur, toutes choses égales d'ailleurs. Plus le liquide alcoolique contient d'alcool absolu, plus la teinture renferme de matières grasses, et moins elle contient de matières extractives. Lorsqu'on prépare cette teinture avec de l'alcool fort, on obtient un alcoolé peu coloré ; la coloration est en raison

inverse de la force de l'alcool. Si l'on verse dans le flacon qui contient le musc et l'alcool fort, après le nombre de jours nécessaire pour terminer la macération, de l'eau pour ramener l'alcool à 56 degrés centésimaux, on détermine la précipitation d'une matière blanchâtre, et, peu de temps après, la coloration de l'alcoolé est considérablement augmentée : la teinture a acquis tous les caractères d'un bon médicament. Si l'on prépare de la teinture avec de l'alcool à 80 degrés, et que l'on filtre l'alcoolé, on obtient, comme cela doit être, une teinture peu colorée ; mais si l'on fait sécher le musc sur du papier et qu'on refasse une teinture avec ce résidu, cette deuxième teinture est aussi colorée que si le musc n'avait pas subi une première macération. Non-seulement la teinture à 56 degrés renferme plus de principes extractifs que les autres teintures, mais elle permet aux praticiens d'atteindre, en augmentant les doses, l'équivalent du musc, ce qui est impossible avec les alcoolés préparés avec l'alcool fort.

Il serait plus facile d'obtenir cet équivalent en préparant deux teintures avec le même musc : la première avec de l'alcool à 56, et la seconde avec de l'alcool à 80 degrés. Alors les pharmaciens ajouteraient aux potions, par exemple, un poids de la teinture à 56, représentant celui qui est indiqué dans la prescription, et un poids égal de la teinture à 80.

Il faut ajouter cependant que l'emploi de la teinture sera toujours borné, car il n'est pas facile d'en faire entrer 20 grammes dans une potion, quoique ces 20 grammes ne représentent, en réalité, que l'équivalent de 4 grammes de musc, maximum, il est vrai, de la dose qu'on prescrit dans certaines circonstances.

Voici la formule que nous proposons. C'est avec une profonde conviction que nous appelons l'attention des praticiens sur la teinture de musc, et que nous proposons d'abaisser le titre de l'alcool ; car, en employant l'alcool à 80 degrés centésimaux, on perd les parties les plus essentielles du musc.

Musc choisi......................	1 partie.
Alcool à 56 degrés centésimaux......	5 parties.

Laissez macérer pendant dix jours, en ayant le soin d'agiter de temps en temps, et filtrez.

Un gramme représente le macéré de 10 centigrammes de musc.

DESCHAMPS.

Réactif très-sensible du soufre.

Selon M. Schlossberger, une dissolution de molybdate d'ammo-

niaque dans l'acide chlorhydrique étendu d'eau, bleuit en présence de traces de soufre. A l'aide de ce moyen, on reconnaît la présence de ce métalloïde, même dans un cheveu.

Sur une préparation destinée à fournir le carbonate ferreux à l'état naissant.

L'oxyde de fer au minimum d'oxydation que contient le carbonate ferreux, fait de ce sel un médicament précieux, car l'acide carbonique qui lui est associé est déplacé sans difficulté par les acides contenus dans les voies digestives. Cette décomposition est d'autant plus facile que le carbonate sera préparé depuis un temps moindre. C'est ce qu'a compris M. le docteur Th. Skinner; seulement, la formule qu'il a publiée dans une des dernières livraisons du *Bulletin de Thérapeutique* (page 71) pour préparer le produit désiré, nous paraît beaucoup trop compliquée encore.

Depuis plus de trois années, un bon nombre de praticiens ont eu l'occasion d'employer une préparation que j'ai présentée sous le nom et sous la forme de granules, et qui est destinée à remplir la même indication. En voici la composition : elle permettra de se rendre compte de la simplicité et de la sûreté d'action de la nouvelle préparation ferrugineuse.

Nous formons d'abord un petit granule contenant 1 centigramme de sulfate de fer, que nous recouvrons d'une légère couche de sucre, puis d'une couche de bi-carbonate de soude dans la proportion voulue, et enfin d'une dernière couche de sucre. Ainsi séparés l'un de l'autre, ces deux sels restent indépendants et sans réaction possible, pourvu que la préparation soit conservée à l'abri de l'humidité.

Aussitôt que le granule est ingéré par le malade, il se dissout, et par la loi des doubles décompositions, il se forme du carbonate de protoxyde de fer d'une part, et de l'autre du sulfate de soude. Les acides gastriques, au sein desquels s'opère la composition du carbonate de fer, s'emparent immédiatement de l'élément ferreux qui est alors promptement assimilé et absorbé.

Il suffit de jeter quelques granules dans un verre contenant un peu d'eau tiède pour voir la double décomposition s'opérer aussitôt.

GARNIER.

CORRESPONDANCE MÉDICALE.

Deux opérations de thoracentèse, suite de pleurésie, l'une aiguë, l'autre chronique.

Le docteur Moynier fait précéder l'opération de thoracentèse, qu'il a publiée dans le *Bulletin de Thérapeutique* du 30 septembre dernier (t. LIX, p. 273) des réflexions suivantes :

« La ponction de la poitrine est une opération acceptée aujourd'hui par la plupart des médecins ; cependant, malgré les efforts de MM. Trousseau et Aran, l'emploi de cette méthode est loin d'être aussi répandu qu'on devrait le croire, et on trouve encore, chez beaucoup de praticiens, une certaine répugnance, ou tout au moins peu d'empressement à y recourir. » J'ajouterai que j'ai rencontré plusieurs médecins qui m'ont dit : « La thoracentèse se fait aujourd'hui, cela est vrai, c'est une espèce d'engouement, mais elle tombera comme tant d'autres. »

En rapportant les deux observations ci-dessous, j'ai surtout pour but d'éviter une semblable erreur et habituer les praticiens à cette opération et la populariser en quelquè sorte, quoique les cas de succès soient nombreux dans la science.

Dans le mémoire qu'a publié M. le docteur Dauvergne, de Manosque, numéros de juillet et août 1860, il s'inscrit contre le funeste emploi des vésicatoires dans les pleurésies et les épanchements qui en sont la conséquence ; les deux observations suivantes viennent corroborer celles consignées dans son travail.

Il y a plus de trente ans, j'ai entendu professer par mon oncle, le docteur Toché père, chirurgien en chef de l'Hôtel-Dieu de Saumur, que « dans les inflammations de poitrine, soit aiguës, soit chroniques, pneumonies ou pleurésies, il ne faut jamais se presser d'appliquer des vésicatoires, qu'il faut attendre que l'élément inflammatoire soit complétement éteint; très-souvent, ajoutait-il, il m'est arrivé d'enlever des vésicatoires appliqués par des confrères, de les remplacer par des sangsues sur le côté douloureux, des cataplasmes, etc. » Ce précepte judicieux, je l'ai toujours suivi le plus que j'ai pu, et le plus souvent je n'ai appliqué d'emplâtres chargés de cantharides que forcé par les malades ou la famille qui, voyant la maladie traîner en longueur, exigeaient l'application des topiques cantharidés.

Dans les deux observations qui suivent, on va voir un épanche-

ment considérable se former pendant l'effet des vésicatoires nombreux qui ont été appliqués et n'ont pu l'empêcher.

Obs. I. Normandine, âgée de vingt-six ans, de Saumur, d'une forte constitution, nourrice, n'ayant pas ses règles, ayant eu deux enfants et depuis s'étant toujours bien portée. Le 31 mai 1860, elle resta assise pendant une heure sur une pierre en plein air, ne ressentit, dit-elle, aucun froid, cependant, dans la nuit suivante, elle fut prise de douleur pongitive du côté droit, de toux, de fièvre forte et d'un crachement sanguinolent; à l'auscultation il fut facile de reconnaître une pleuro-pneumonie aiguë. Le 1er février, saignée de bras réitérée trois fois dans la journée, 500 grammes à chaque fois, cataplasmes *loco dolenti*, tisanes béchiques, diète absolue. Le 2, même état, même prescription, une saignée de 400 grammes au lieu de trois comme la veille. Le 3, la fièvre diminua un peu, le sang cessa d'être mêlé aux crachats, pouls à 100, vingt sangsues sur le côté, cataplasmes, mêmes tisanes. Le 4, même état, même prescription. Le 5, fièvre, matité considérable de tout le côté droit, depuis la base de la poitrine jusqu'à la clavicule, pouls toujours à 100; pectorale nitrée, looch avec oxymel scillitique. Tourmenté par la famille, je mis un large vésicatoire sur le côté. Le 8, aucune amélioration, même prescription, nouveau vésicatoire; aucun soulagement, un troisième vésicatoire est appliqué sans aucun bénéfice. La fièvre persiste, la malade éprouve des étouffements, elle ne peut se coucher sur le côté gauche et le dos; insomnie; les diurétiques, les révulsifs intestinaux sont administrés. Enfin, la malade étouffant de plus en plus et éprouvant à chaque instant des suffocations, je proposai la thoracentèse, que je pratiquai le 20 juin, c'est-à-dire, le vingtième jour de l'invasion. Je retirai 2 kilogrammes 1/2 (cinq livres) de sérosité puriforme, épaisse et ressemblant assez bien à du lait un peu jaunâtre; injection iodo-iodurée. La malade se trouva entièrement soulagée; mais la fièvre persista ainsi que la toux; la matité disparut entièrement, un tintement métallique se fit entendre manifestement; même traitement béchique, les diurétiques et purgatifs furent continués pendant une quinzaine de jours. Malgré cela, la poitrine se remplit de nouveau, la matité devint aussi considérable que la première fois; le bras et et la jambe droits s'œdématièrent, les étouffements revinrent ainsi que l'insomnie, et la malade demanda elle-même une nouvelle ponction, que je pratiquai le 10 juillet. Nouveau soulagement; je laissai dans la plaie de la poitrine une sonde à demeure, en caoutchouc. Comme la sérosité purulente qui sort par la plaie sent très-mauvais, on fait des injections iodo-iodurées, tous les matins; au bout de huit jours, la fièvre a cessé ainsi que la toux, l'appétit et le sommeil sont revenus. Cette femme, n'ayant pas eu ses règles pendant qu'elle nourrissait, ignorait qu'elle fût enceinte de trois mois. Dans la nuit du dix août, elle fut prise de coliques utérines et elle accoucha d'une petite fille. Depuis, elle a été de mieux en mieux, a traversé l'hiver assez long de 1861, sans rhumes; elle a toujours conservé la sonde; à la fin de mars 1861, elle est très-grasse,

bien portante; il sort de temps à autre, par la sonde, quelques gouttes de sérosité, et d'ici à quelque temps la sonde sera enlevée. Elle l'a ôtée le 16 avril 1861, c'est-à-dire, neuf mois après son introduction.

Désormais, lorsque je pratiquerai la thoracentèse, je laisserai à demeure dans la plaie une sonde, afin d'éviter une nouvelle ponction qui est toujours très-désagréable et assez douloureuse.

J'ai donné *in extenso* cette observation, mais celle qui suit sera très-abrégée.

Obs. II. Rochard, vingt-quatre ans, domestique à Brèzé, fut pris chez lui d'une pleurésie et soigné par le médecin de la localité qui, après les antiphlogistiques employés dans les premiers temps sans succès, fit appliquer sur le côté treize vésicatoires successifs. Ce jeune homme, ne trouvant pas d'amélioration, entra à l'Hôtel-Dieu de Saumur, dans la première quinzaine d'avril 1860. A ma première visite, je reconnus une pleurésie chronique avec épanchement montant jusqu'à la clavicule; tous les diurétiques, tous les révulsifs intestinaux n'améliorant pas sa position, je pratiquai la thoracentèse, le 8 mai; je retirai 3 kilogrammes 1/2 (sept livres) de sérosité purulente, d'une odeur repoussante; une injection iodo-iodurée fut faite tous les jours, la sonde fut maintenue dans la plaie, continuellement il s'écoulait une quantité de pus assez considérable, évaluée à 150 grammes; enfin, peu à peu, la suppuration a diminué, puis s'est tarie, et le 27 mars 1861, Rochard est rentré dans sa place; mais comme la sonde le gêne extrêmement pour remplir ses travaux de domestique, il a retiré l'instrument et il se porte très-bien. Il a conservé la sonde pendant dix mois.

Ces deux malades étaient voués à une mort certaine, si on s'était contenté d'un traitement médical; mais la thoracentèse est venue à leur secours et les a guéris radicalement.

D[r] Bouchar,

Médecin de l'Hôtel-Dieu de Saumur.

Plaie de tête. — Hémiplégie. — Guérison malgré la sortie de quelques grammes de substance cérébrale.

Aux divers faits contenus dans le *Bulletin de Thérapeutique*, et qui témoignent de l'innocuité si remarquable des plaies du cerveau, permettez-moi de venir ajouter le suivant :

Obs. Le jeune B***, âgé de dix ans environ, d'une bonne constitution et d'un caractère fort pétulant, fait une chute d'un arbre et tombe sur un sol dur et rocailleux. Aux cris de quelques enfants, qui jouaient avec lui, on vint relever B*** qui ne donnait presque aucun signe de vie. Son bras gauche était dans un état de résolution complète. On crut à une fracture de ce membre et on vint me chercher

pour la réduire. A mon arrivée, cinq heures environ après l'accident, le jeune malade ne faisait que pousser de temps en temps quelque gémissement. Je cherchai en vain la prétendue fracture ; mais je constatai une paralysie complète du bras gauche et presque complète de la jambe du même côté. Mon attention fut dès lors appelée du côté du cerveau. J'explorai la tête et je reconnus à la région pariétale droite une déchirure du cuir chevelu, de 2 à 3 centimètres de longueur. Après avoir coupé les cheveux, je cherchai, avec un stylet, à reconnaître l'étendue du décollement du cuir chevelu et à m'assurer s'il n'y avait pas fracture de la boîte osseuse. Mais quelle ne fut pas ma surprise de voir le malade tomber dans une espèce de coma, toutes les fois que j'appuyais, même légèrement, sur les parties profondes ! Mon étonnement augmenta encore quand je vis sortir plein une cuillerée à café de substance cérébrale. Le diagnostic ne fut pas difficile à porter, pas plus que la cause de l'hémiplégie du côté gauche ne fut difficile à apprécier ; il n'en fut pas de même du pronostic : malgré les faits connus de l'innocuité presque complète des plaies du cerveau, je n'osai donner aux parents de l'enfant de trop vives espérances.

Pour toute thérapeutique, je prescrivis quelques sangsues à la tempe droite, quelques dérivatifs sur le tube intestinal, l'application d'une vessie remplie d'eau froide sur la tête, à renouveler très-fréquemment ; enfin un pansement à plat.

Je croyais mes prévisions fatales accomplies, car je ne fus appelé qu'une fois près de l'enfant, lorsque j'appris, quelque temps après, par un de ses parents qui vint m'en donner des nouvelles, qu'il allait beaucoup mieux, mais que sa marche était difficile.

Un an environ après l'événement, j'ai moi-même vu le jeune B*** : le bras du côté gauche était plus faible que celui du côté opposé, le malade traînait un peu la jambe gauche en marchant, l'intelligence était devenue moins vive. C'était là tout ce qui restait chez ce malade des suites de son grave accident. CHASSAGNOU,

Médecin inspecteur des établissements de bienfaisance de l'Aveyron.

BULLETIN DES HOPITAUX.

NOUVEL EXEMPLE DE RÉGÉNÉRATION D'UNE GRANDE PORTION DU TIBIA. — Un des chirurgiens les plus distingués de la province, M. le docteur Lamare-Picquot, médecin de l'Hôtel-Dieu de Honfleur, vient d'apporter un argument de plus en faveur de la chirurgie conservatrice, dans les cas de plaies compliquées du broiement des os. Toutefois est-il une erreur que nous voyons à regret se glisser dans ces importantes communications, c'est que la régénération des os serait dévolue au périoste seul, de sorte que, cette membrane n'existant plus, il n'y aurait plus à compter sur la consoli-

dation du membre. Or, cette doctrine est une erreur préjudiciable au salut des blessés. Le périoste est sans nul doute le tissu le plus propre à fournir une ossification réparative, mais il n'est pas le seul. Quand le périoste a été compromis, les tissus connectifs ambiants, et celui de la gaîne des muscles, et celui qui sert de soutien aux vaisseaux, etc., peuvent contribuer pour leur part au travail d'ossification, ainsi que vient de le démontrer M. le docteur Th. Laennec.

Quoi qu'il en soit de cette réserve, le fait que M. le docteur Lamarc-Picquot a communiqué à l'Académie des sciences n'en mérite pas moins d'être enregistré.

Obs. Le 9 janvier 1861, on apportait à l'hôpital de Honfleur, d'une section du chemin de fer distante de la ville de 12 kilomètres, le jeune Rousse, enfant de quatorze ans, ayant le bras droit fracturé et la jambe, du même côté, écrasée par la roue d'un waggon. Voici l'état du blessé au moment de son entrée à l'hôpital le 9 janvier :

Un fragment entier du tibia, long de 8 centimètres, appartenant à la région moyenne de cet os, avait déchiré, par son extrémité inférieure, les muscles antérieurs de la jambe et la peau ; cette extrémité, chassée de sa position normale par la puissance vulnérante et poussée vers la partie interne de la jambe, était en saillie de 15 millimètres en dehors de la déchirure de la peau ; l'extrémité supérieure de ce fragment tenait encore par quelques points à la portion supérieure du tibia, conservée à sa place normale ; elle formait, avec cette partie un angle ouvert de 130 degrés. En même temps que la roue du waggon avait brisé le tibia à sa région moyenne, elle avait imprimé au fragment qui constitue la pièce anatomique un mouvement de telle nature, que la face externe était devenue antérieure et transversale, la face interne était postérieure et la face postérieure était tournée en bas et un peu en dehors. Quant aux bords, l'antérieur ou crête du tibia était placé en haut, l'externe était en bas et l'interne était en arrière et en dessous. Une plaie suppurante considérable, divisée par quelques lambeaux musculaires sphacelés, s'étendait depuis le dessous du mollet, comprenant la plus grande partie de la face externe de la jambe jusqu'au jarret qui, avec ses téguments sains, formait la ligne de partage d'une autre plaie par écrasement, située immédiatement au-dessus et remontant jusqu'à 8 centimètres en arrière de la cuisse.

Depuis plus de trois années, la construction d'un chemin de fer avait amené à l'hôpital de Honfleur de malheureux ouvriers avec des membres affreusement fracassés et écrasés. Dans ces graves occasions, au lieu de l'amputation, j'avais employé, avec un complet succès, les irrigations d'eau froide, moyen sanctionné par plus de vingt-cinq ans d'expérience, et j'avais sauvé la vie et les membres à tous ces blessés. Pour conserver celle du jeune Rousse, dont le moral se releva dès qu'il fut certain qu'il n'aurait pas la cuisse

coupée, je résolus de recourir à l'emploi du moyen qui m'avait été si profitable.

Après avoir procédé à la coaptation d'une forte esquille, appartenant à la portion inférieure du péroné; également écrasé, mais sans complication de plaie au lieu correspondant à la fracture, cet os fut maintenu bout à bout par quelques bandelettes étroites, un coussin peu épais et une large attelle; au côté interne de la jambe je plaçai de petits coussins, en haut et en bas, pour préserver de toute compression douloureuse les parties en saillie; le tout fut maintenu par le porte-attelle, une seconde large attelle et des liens. Le membre fracassé ainsi disposé fut placé sur un coussin, recouvert d'une large pièce de toile cirée, afin de préserver le corps du contact de l'eau. A 10 centimètres au-dessus de la jambe fut assujettie une grande cruche percée, remplie d'eau (à la température de 26 degrés centigrades à cause de la saison), déversée continuellement sur les lésions recouvertes d'un linge; cette irrigation nécessitait la quantité de 8 à 900 litres d'eau pour vingt-quatre heures. Dès le troisième jour de l'irrigation, abaissée successivement à la température de 23 degrés centigrades, la fièvre avait beaucoup diminué, la suppuration était moins abondante, le blessé dormait mieux. Au lieu de bouillon, je donnai des potages au riz.

Le 13 janvier, voulant m'opposer à ce qu'un travail de réparation se continuât au point du fragment du tibia qui pouvait avoir des connexions avec la portion du même os restée en place, je découvris, par une longue incision transversale, la face externe de ce fragment, devenue, par la torsion, la face antérieure. Les tissus se rétractèrent et, dès le lendemain, ce fragment était presque entièrement à découvert et n'avait d'adhérences avec la jambe que par son extrémité supérieure et ses faces interne et postérieure.

La fièvre disparaissait de jour en jour; le jeune Rousse ressentait de l'appétit et je m'empressai, à dater de ce moment, de le satisfaire.

Le 20 janvier, le jeune Rousse mangeait deux portions; à la fin du mois, il en demandait davantage et buvait 150 grammes de vin. Les forces se rétablissaient à vue d'œil.

Le 15 février, je fis cesser l'irrigation, qui avait été continuée, jour et nuit, pendant trente-sept jours, à la température de 20 à 23 degrés centigrades, et que deux bronchites légères ou rhumes n'avaient pas fait interrompre. La réaction de la circulation capillaire dans le membre blessé s'opéra sans le moindre trouble. L'état moral de Rousse était excellent, l'embonpoint revenait.

Mais, le 27 février, un accident grave vint tout à coup m'alarmer. Rousse perdit l'appétit, la langue devint pâle et sale, la peau des environs des plaies prit une couleur terreuse, la surface des plaies fournissait moins de pus; la fièvre, dont il n'y avait plus de traces depuis près d'un mois, reparut. Je remplaçai l'alimentation substantielle par le bouillon de bœuf, tout en continuant l'usage du vin.

Le malade prit de la décoction de quinquina, et toutes les surfaces suppurantes furent soumises à une sorte de badigeonnage, matin et soir, avec la solution de nitrate d'argent au sixième.

Six jours après, les phénomènes morbides qui m'avaient fait appréhender une résorption purulente disparurent; l'appétit renaissait et je m'empressai de le satisfaire avec modération.

Depuis cette époque, les plaies ont toujours été pansées avec le sous-nitrate de bismuth.

Cependant, le fragment du tibia devenant de plus en plus mobile, je le détachai, le 6 mars, sans nouvelle incision.

Pendant les huit jours qui suivirent, la suppuration devint très-abondante; puis des bourgeons charnus, de bonne nature, se formèrent au fond du grand vide que le fragment du tibia, enchassé en quelque sorte dans les parties molles tuméfiées, avait laissé après lui.

La turgescence de ces parties s'affaissa, et la cicatrisation reprit ses lentes allures.

Le 26 mars, je m'aperçus que l'intervalle qui existait entre les deux portions du tibia prenait une certaine consistance sur divers points; mais je ne me rendais pas compte de la nature du travail qui se préparait ainsi en dessous de la surface suppurante. J'étais loin de penser à la régénération d'une portion d'os, en remplacement de celle que j'avais extraite en entier, os et moelle, le 6 mars. Je me proposais même de faire établir une jambe mécanique pour le jeune Rousse, présumant que, avec le péroné seul, il serait exposé à de sérieux accidents. J'ai dit plus haut que j'avais maintenu bout à bout les fragments du péroné. Dans cet état, la jambe droite avait la même longueur que l'autre; mais la rectitude du membre lésé ne s'était pas conservée. Le cal provisoire du péroné n'avait pas encore de consistance solide, et la jambe tendait à se couder vers son milieu et formait une saillie défectueuse en dedans. Ce fait avait entraîné un autre accident : le pied se contournait en dehors et menaçait de former un pied-bot (valgus).

Aussitôt que j'eus rétabli la jambe dans de larges attelles, avec des coussins résistants pour redresser le pied et empêcher la fuite du talon, je vis, chaque jour, se rectifier la mauvaise direction du pied et de la jambe : le cal provisoire du péroné n'étant pas encore solide cédait à l'ensemble des moyens employés.

Dès le 20 avril, la jambe était dans une direction meilleure et le pied-bot ne menaçait plus de se former.

Vers le 30 avril, en même temps que la nouvelle portion du tibia se manifestait de plus en plus et prenait plus de consistance, ce nouvel os, aidé par une action de levier dont la puissance s'exerçait sur le pied et le bas de la jambe, fut très-utile pour rectifier la forme coudée de la jambe, le cal provisoire du péroné ne présentant encore que peu de résistance.

Le 15 mai, j'eus la satisfaction de voir la rectitude de la jambe à peu près rétablie à l'état normal.

Quant au nouvel os, qui est venu remplir complétement l'espace entre les deux portions du tibia et remplacer ainsi la pièce anatomique extraite le 6 mars, ce n'est pas un chef-d'œuvre de l'art. Au lieu d'un bord antérieur pour former la crête du tibia, c'est une surface plate, large partout de 5 centimètres. Par ses extrémités supé-

rieure et inférieure, l'os nouveau est parfaitement uni avec les épiphyses formées provisoirement sur les engrenures des extrémités des deux portions du tibia restées en place. Aidant le temps, cette régénération deviendra solide et le jeune Rousse aura une jambe propre à la marche.

RÉPERTOIRE MÉDICAL.

Accouchements *chez des femmes n'ayant plus leurs règles*. Quoique la conception n'ait plus lieu d'habitude dès que la menstruation a cessé, le fait peut se montrer par exception, et les praticiens ne doivent pas l'ignorer, afin de ne pas attribuer le développement de l'utérus qui a lieu dans ce cas à une cause morbide. M. le docteur de Staken vient d'en fournir un nouvel exemple à la Société de médecine de Nancy. Il s'agit d'une grossesse survenue, chez une dame de quarante-six ans, trois ans après la disparition des règles, et terminée par la naissance, au cent quatre-vingt-deuxième jour après la conception, d'une petite fille qui vécut cinq jours. A propos de ce fait, M. le docteur Renaudin a rapporté celui d'une femme de Strasbourg, qui, à soixante et un ans, accoucha d'un enfant encore vivant aujourd'hui : elle avait vu disparaître ses règles dix ou douze ans avant cette grossesse. (*Comptes rendus de la Société de méd. de Nancy*, 1861.)

Chorée *sans antécédent rhumatismal ; rhumatisme articulaire aigu intercurrent ; guérison*. La coïncidence fréquente de la chorée et du rhumatisme, si elle n'est pas, aux yeux de plusieurs médecins d'une grande autorité, un motif suffisant d'admettre un rapport de causalité entre ces deux affections, est du moins un fait d'observation à l'abri de toute contestation. Dans le cas de chorée qu'on va lire, il n'existait aucun antécédent rhumatismal; la maladie convulsive s'était développée sans aucune cause appréciable, sans autres influences étiologiques que celles qui pouvaient résulter du tempérament nerveux, de la faiblesse de la constitution et de l'existence de la chloro-anémie. Pendant le traitement, on vit survenir une attaque très-intense de rhumatisme articulaire aigu et en même temps les symptômes choréiques disparaître, puis la guérison du rhumatisme arriver sans être suivie du retour de ces mêmes symptômes. De telle sorte qu'ici la succession des phénomènes morbides, chorée et rhumatisme, aurait eu lieu, mais en sens inverse. Voici le fait.

S. H***, âgée de treize ans, grêle, pâle, d'apparence strumeuse, a toujours été bien portante jusqu'à l'époque où a commencé la maladie actuelle. Le 11 septembre dernier, des symptômes de chorée se sont montrés pour la première fois, sans aucune cause excitante appréciable. Ces symptômes augmentant d'intensité, cette jeune fille entra à l'infirmerie royale, dans le service du docteur Willshire, qui prescrivit l'immobilisation du membre abdominal gauche, l'administration d'une douche tous les matins, et de petites doses d'arsenic trois fois par jour. Ce traitement fut continué pendant six semaines ; il en résulta une grande amélioration. Au bout de ce temps, elle fut soumise aux préparations ferrugineuses, et quinze jours après elle quitta l'infirmerie, dans un état de santé considérablement amélioré. De retour chez elle, les symptômes de chorée ne tardèrent pas à se montrer de nouveau, augmentant d'une manière graduelle, de telle sorte qu'un mois après la cessation du traitement, ils étaient redevenus assez violents pour engager la malade à rentrer à l'hôpital. Le traitement consista dans l'administration trois fois par jour de trois gouttes de liqueur arsenicale et autant de teinture d'opium dans de l'eau anisée, et une douche tous les matins.

Le 19 janvier dernier, la malade allait mieux, lorsque tout à coup elle se plaignit d'une vive douleur, accompagnée de tuméfaction, dans la seconde articulation du médius droit qui présentait en même temps de la contracture. De un à deux jours après, à la suite d'une application de nitrate d'argent, puis de cataplasmes sur la

partie affectée, ces symptômes s'étaient complétement calmés ; mais il y avait toujours un peu de chorée.

Le 21, dans la nuit, invasion d'une violente attaque de rhumatisme articulaire : le poignet, le cou-de-pied et le genou gauche sont pris, le genou est tuméfié et le siége d'un épanchement considérable. Tout symptôme de chorée a complétement disparu. La malade est forcée de garder le lit. — Prescription : vésicatoire sur le genou ; bicarbonate de potasse (125 centigrammes), avec 10 gouttes de vin de colchique et 20 gouttes de teinture de jusquiame, dans de l'eau anisée, à prendre trois fois par jour.

Le 25, le genou droit est envahi à son tour. La malade accuse une légère douleur vers le cœur.

Le 26, amélioration. Les deux genoux sont toujours tuméfiés (pommade iodo-iodurée).

Le 28, les douleurs rhumatismales sont entièrement disparues ; le liquide épanché se résorbe rapidement.

Le 12 février, la malade sort de l'hôpital parfaitement rétablie et de son rhumatisme et de sa chorée. (*Union médicale*, juillet 1861.)

Drainage chirurgical. *Résultats de son essai à l'hôpital Saint-Mandrier* Nous avons, en son temps, appelé l'attention sur l'heureuse invention de M. Chassaignac. Si quelques chirurgiens n'ont pas obtenu de cette pratique tous les avantages qu'elle pouvait leur procurer, cela tient à ce qu'ils n'ont pas saisi le principe de la méthode qui est nettement formulée par le mot *drainage*. Tous ceux qui ont suivi les enseignements de l'habile chirurgien de Lariboisière, et n'ont pas craint de porter dans les régions suppurantes, à quelque profondeur qu'elles fussent situées, de véritables sétons, ont pu s'assurer de la valeur de ce puissant moyen thérapeutique. Nous fournissons, comme preuve, les conclusions suivantes dues à un des chirurgiens les plus distingués de la marine.

« Je suis convaincu, dit M. Artaud, que les résultats très-favorables obtenus à l'hôpital Saint-Mandrier sur les blessés de l'armée d'Italie, en 1859, ont été dus à l'emploi des pansements dans lesquels j'ai fait intervenir les sétons tubuleux de M. Chassaignac. Des faits nombreux de ma pratique personnelle, des résultats toujours heureux dans les six grandes désarticulations que j'ai été obligé de pratiquer, et comprenant une amputation coxo-fémorale, une fémoro-tibiale, deux tibio-tarsiennes, deux scapulo-humérales, des résultats presque aussi heureux obtenus par mes collègues dans le même hôpital, je suis conduit à tirer les conséquences suivantes :

« 1° Pour expliquer nos succès, il n'y a lieu d'invoquer ni des conditions hygiéniques particulières, dans lesquelles se seraient trouvés les blessés et les opérés, ni leur âge, ni leur tempérament, ni les méthodes, ni les procédés opératoires (qui ont, du reste, beaucoup varié, suivant les circonstances et suivant les opérateurs), ni une adresse particulière de ces mêmes opérateurs, ni le hasard, ni le bonheur.

« 2° Les résultats heureux ont été dus à l'emploi du drainage, qui a été appliqué suivant les circonstances, ou comme moyen curatif du croupissement du pus, ou comme moyen préventif, immédiatement après les plaies résultant des amputations. »

Hémorrhagie nasale ; *son traitement par la simple compression des narines*. L'habitude des opérations tend-elle à se généraliser à ce point qu'on doive rappeler aux jeunes médecins les pratiques plus simples qui peuvent triompher des accidents morbides ? M. le docteur Hiard le pense et vient s'inscrire contre l'emploi du tamponnement dans les cas d'hémorrhagie nasale. « Sujet dans mon jeune âge, dit-il, à cette hémorrhagie, à tort ou à raison je crus m'apercevoir que le sang, dans ce cas, s'écoulait d'un point de la cloison nasale accessible au doigt. Imbu de cette idée, avec la pulpe des deux médius, comme on peut aussi le faire avec l'indicateur et le pouce de la même main, je comprimai les ailes du nez contre la cloison en faisant un léger effort, comme si je pensse voulu pénétrer sous la voûte osseuse de cet organe. Au bout de cinq minutes environ, retirant le doigt, l'écoulement du sang, chaque fois que j'en fis l'expérience, avait cessé. Cependant, chose que l'on observe toujours au moment où l'on suspend la compression, il s'écoule, avant l'arrêt définitif de l'hémorrhagie, de six à huit gouttes de sang. S'il s'en écoulait davantage, on reprendrait la compression. » Depuis trente ans, M. le docteur Hiard met cette méthode en usage contre l'épistaxis ; il ne l'a pas vu échouer. Nous avons vu également ce moyen réussir, et nous connaissons une jeune fille sujette à des épistaxis si fréquentes

qu'elle porte toujours sur elle un de ces pince-nez dont on se sert lorsqu'on a recours à l'inhalation de l'éther. L'emploi de la compression des ailes du nez est plus facile avec ce pince-nez qu'avec les doigts. (*Journ. de méd. de Bordeaux*, juillet.)

Rage (*Cas de*) *traité avec succès par la saignée et le calomel à très-hautes doses.* S'il est un fait universellement admis, c'est l'inutilité de tous les traitements jusqu'ici essayés contre l'hydrophobie rabique, à l'exception du traitement préventif. « Pour combattre la rage déclarée, dit Valleix, on a mis en usage une multitude de moyens, parmi lesquels je citerai les émissions sanguines abondantes, les narcotiques, les antispasmodiques, les mercuriaux, l'arsenic, le nitrate d'argent, l'ammoniaque, etc., etc. Ces médicaments ont été administrés à des doses souvent énormes, mais il n'est pas un fait qui prouve qu'ils aient eu une action réelle dans un cas de rage bien évident. » Il n'y a que trop de motifs pour partager la désolante manière de voir du regrettable et judicieux praticien que nous venons de citer. Toutefois, il n'est pas du devoir du médecin, et il n'entre pas dans nos principes de regarder la science comme définitivement arrêtée, et tout progrès interdit à l'art, sur les points où jusqu'ici la science n'a pas trouvé de solution, où l'art est resté impuissant. Nous croyons donc convenable d'enregistrer, en l'abrégeant autant que possible, le fait suivant, dans lequel la guérison a été obtenue, et où le diagnostic paraît être à l'abri de toute objection.

Le 16 juillet 1861, le docteur Ligget fut appelé à donner ses soins à une jeune fille de couleur, âgée de vingt ans, que son maître supposait atteinte d'hydrophobie. Cette jeune fille, seize à dix-huit jours auparavant, jouant en compagnie de son petit frère, âgé de huit ans, avec un jeune chien, avait été mordue au gros orteil par cet animal, qui s'était ensuite jeté sur le petit garçon et avait tenté de le mordre au bras, mais sans entamer la peau. Ce chien, depuis deux jours, avait perdu sa gaieté et sa vivacité habituelles ; séquestré après l'accident, il n'avait pas tardé à succomber, en présentant tous les symptômes de la rage canine dans sa forme la plus virulente. Trois jours avant la première visite du docteur Ligget, la jeune fille, qui avait caché ce qui lui était arrivé et qui, en conséquence, n'avait pu être soumise à un traitement préventif, devint, contrairement à ses habitudes, triste, apathique et irritable. Son maître, averti alors, lui administra un remède qui jouit dans le pays d'une grande réputation comme moyen prophylactique contre la rage, mais qui n'arrêta pas le développement des accidents. A l'arrivée de M. Ligget, les symptômes étaient les suivants : Conservation de la netteté de l'intelligence, conscience de l'approche des paroxysmes; physionomie exprimant l'anxiété et le désespoir; douleur à l'épigastre, irradiant vers l'épine dorsale ; roideur des muscles du cou ; soif vive, mais impuissance d'avaler les liquides qui étaient immédiatement rejetés avec force ; langue blanche ; pouls à 90, un peu tendu ; respiration naturelle dans l'intervalle des paroxysmes, mais précipitée et laborieuse pendant les accès ; sécrétion salivaire augmentée, expuition de temps à autre de petites quantités d'un mucus visqueux qui paraissait provenir de la gorge ; paroxysmes convulsifs fréquents, et que le moindre attouchement, un courant d'air, la vue d'un liquide, etc., suffisaient à provoquer. M. Ligget diagnostiqua une hydrophobie rabique, et se proposant de recourir à une méthode de traitement qui pourrait paraître hasardeuse, il demanda une consultation, et, en attendant, il scarifia et cautérisa l'orteil et fit appliquer des contre-irritants sur la colonne vertébrale.

Le même jour (6 juillet), il revit avec son confrère, M. Swope, la malade dont l'état s'était aggravé : la soif ardente et surtout la répulsion pour les liquides étaient devenues beaucoup plus prononcées. Le docteur Swope ayant porté le même diagnostic et donné son assentiment au traitement proposé, M. Ligget commença par tirer 850 grammes de sang, afin de favoriser l'absorption du mercure, puis il prescrivit de faire prendre toutes les quatre heures 4 grammes de calomel, tant que les symptômes n'auraient pas perdu de leur intensité ; glace pilée pour étancher la soif (la malade l'avalait, quoique avec difficulté et en fermant les yeux pour ne pas la voir) ; lavements avec de l'essence de térébenthine ; séjour dans une chambre sombre, soin extrême d'éviter tout ce qui pourrait exciter la malade. Le 18, les paroxysmes étaient devenus un peu moins fréquents, moins violents, il y avait eu un calme relatif pendant les nuits, mais la soif était toujours

très-vive ainsi que l'horreur des liquides ; épigastre très-douloureux, langue blanche, symptômes de salivation commençante. Continuation de la glace, vésicatoire à l'épigastre. Le soir, deux crises légères; calomel, 2 grammes. Calme jusqu'à deux heures du matin ; à ce moment, douleurs spasmodiques violentes dans la mâchoire et les extrémités inférieures : 4 grammes de teinture d'opium, à répéter au besoin; lavement térébenthiné. Le 19. calme; à deux heures, retour des douleurs dans la mâchoire; teinture d'opium, 2 grammes; soulagement notable de la douleur épigastrique; symptômes prononcés de stomatite; la malade commence à pouvoir avaler les liquides, mais encore avec difficulté ; elle demande des aliments : gruau ; huile de ricin, 30 grammes toutes les quatre heures, jusqu'à effet laxatif; teinture d'opium en cas de crise nerveuse. Le 20, évacuations vertes abondantes; stomatite, ulcérations livides de la bouche; pas de crises depuis la veille au soir. Sommeil la nuit. Déglutition des liquides pas trop difficile ; gruau pris avec plaisir plusieurs fois dans la journée. Épuisement. Prescription : sulfate de quinine, 15 centigrammes, toutes les trois heures, avec cinq gouttes d'acide sulfurique aromatique dilué ; gargarisme avec décoction d'écorce de chêne blanc, additionné d'alun et de miel, à employer fréquemment. Le 21, sécrétion salivaire abondante; bon aspect des ulcérations buccales; amélioration évidente. Même prescription. Le 24, l'amélioration a continué; la malade a repris sa vivacité et sa gaieté, l'appétit est bon, les évacuations naturelles; la bouche se guérit. A partir de ce moment, on continua les analeptiques, les toniques et les laxatifs ; quelques calmants furent administrés par intervalles. La guérison fut complète le 28 juillet.

Le recueil auquel nous empruntons ce fait, rappelle qu'un médecin des Indes Orientales, M. Tymon, a rapporté en 1811 l'observation d'un cas d'hydrophobie qu'il aurait traité avec succès par les émissions sanguines à hautes doses. Ce médecin dit avoir saigné le malade jusqu'à ce que le pouls eut complétement disparu aux deux bras ; mais il ajoute qu'il prescrivit ensuite l'opium et administra du mercure jusqu'à salivation. (*Amer. journ. of med.* Sc. et *Ann. de litt. méd. étrangère*, 1861.)

Rhumatisme musculaire chronique *suivi de paralysie de la jambe et d'une cataracte capsulaire complète. Traitement altérant ; guérison de la cataracte.* Un homme de trente-huit ans, ayant souffert deux ou trois fois de rétention d'urine, éprouva, douze ans avant sa dernière maladie, un refroidissement considérable, suivi d'une fièvre ardente avec douleurs atroces dans tout le corps, inflexibilité du tronc et des membres, etc. Après cette affection mal guérie, douleurs erratiques sur les téguments de la tête et du cou, revenant par accès et toujours avec une intensité croissante ; elles ne cessèrent que six ans après. Deux ans plus tard, il eut une fièvre pernicieuse. Quelque temps après, nouvelle blennorrhagie avec épididymite intense. A la suite d'un nouveau voyage et d'un refroidissement, il ressentit ses anciennes douleurs musculaires sur les extrémités inférieures et sur la région ischiatique et lombaire gauche, revenant à chaque moment et qui l'empêchaient de vaquer à ses affaires. Tous les moyens qu'on lui prescrivit échouèrent. Un traitement hydrothérapique ne fit qu'exaspérer ses douleurs, auxquelles se joignit une paralysie de la jambe gauche. Enfin, l'œil gauche, qui jusque-là était en très-bon état, commença, sans aucune cause appréciable, à s'affaiblir ; dans l'espace de dix jours, la vue était complétement abolie. Cependant, malgré l'acuité de ce procès morbide, le malade ne présenta, dans cet intervalle, aucun des phénomènes qui annoncent une irritation ou une inflammation quelconque dans l'appareil optique. Au bout de sept mois de souffrances, cet homme alla à Constantinople, où il réclama les soins de M. le docteur Apostolidès. Voici ce que notre confrère constata :

La conjonctive et la cornée présentent partout leur état normal ; l'iris n'offre pas non plus la moindre trace d'altération; la pupille conserve sa dilatabilité et sa contractilité normales. Derrière la pupille se présentait le cristallin d'une couleur grisâtre, à surface aride, et offrant à la loupe une énorme quantité de molécules crétacées, grisâtres, superposées les unes aux autres, de manière à former une couche assez épaisse s'étendant sur tout l'espace pupillaire. La vue de ce côté était complétement abolie. Les organes de la poitrine et du bas-ventre étaient dans les conditions physiologiques. Les muscles du tronc, ainsi

que ceux des extrémités supérieures, étaient bien développés et fermes, et les douleurs erratiques dont le malade souffrait auparavant devinrent assez faibles. Mais, d'un autre côté, il se plaignait d'une espèce d'engourdissement et d'inflexibilité des deux derniers doigts de la main gauche, et de temps à autre, de douleurs vagues, surtout au bras. Cependant cette extrémité ne présentait à l'examen rien d'anormal : la pression seulement dans la fosse axillaire, ainsi que le long du bord externe du biceps, était douloureuse. La colonne vertébrale conservait sa direction rectiligne; la pression ni le toucher n'y produisait aucun sentiment de douleur. L'extrémité inférieure gauche était, depuis le pied jusqu'au genou, complétement paralysée et sensiblement atrophiée; la température et la sensibilité y étaient diminuées. Les muscles de la partie postérieure de la cuisse étaient bien plus atrophiés que les muscles de la jambe, tandis que les muscles de la partie antérieure ne cédaient que très-peu en volume à ceux de la jambe droite.

En résumé, on avait affaire à une cataracte capsulaire fausse et à une paralysie douloureuse des muscles de la jambe causée par une inflammation chronique de l'enveloppe fibreuse des nerfs, et paraissant dépendre l'une et l'autre d'une diathèse rhumatismale.

Pour combattre cette inflammation chronique du névrilème, M. Apostolidès soumit le malade à une médication mercurielle énergique (30 centigrammes de sublimé en 120 pilules, à prendre 2 le matin et 2 le soir, en augmentant de 1 chaque jour; bains sulfureux, tisane de bois sudorifiques et diète sévère). Quinze jours après, le malade sentait une amélioration remarquable; les douleurs étaient notablement diminuées et les muscles avaient repris en partie leur contractilité. Mais ce qui parut le plus curieux, c'est que depuis quatre jours l'œil cataracté commençait à être impressionné par la lumière. Après que le malade eut pris en tout 90 centigrammes de sublimé et fait usage, pendant plusieurs jours, de frictions sur le front avec une pommade mercurielle belladonisée, et de l'électricité pour le membre, l'état du malade s'améliora d'une manière tellement rapide que, dans l'espace de deux mois, il pouvait faire de longues courses et il lisait très-distinctement. Des asperités qui recouvraient la surface du cristallin il ne resta qu'une coloration laiteuse, qui deux mois après n'existait plus. (*Gaz. méd. d'Orient*, juin 1861.)

Santonine *et huile essentielle de semen-contra ; phénomènes causés par leur emploi.* Le grand usage que l'on fait de ce médicament nous engage à reproduire la note suivante :

Les cas d'intoxication causés par l'emploi de la santonine, et relatés par Bergius, John, Spengler, Posner et Grimm, ont engagé M. Edm. Rose, de Berlin, à faire des expériences sur les diverses parties du *semen-contra*. La santonine ou acide santonique, à la dose de plusieurs grains jusqu'à un gros, n'a aucune influence toxique ni sur les animaux, ni sur l'homme. Ayant pris le soir trois grains de santonine, M. Rose remarqua, au bout de trois heures, que les objets qu'il regardait fixement étaient colorés en jaune. Il en avala une nouvelle dose de trois grains, et le lendemain matin, encore quatre et huit grains. Tout ce qu'il voyait autour de lui était jaune, il éprouvait un mal de tête tout particulier, ressentait un très-grand abattement et avait un besoin particulier d'uriner. L'urine était de couleur orangée; traitée par les alcalis, elle prenait une teinte purpurine.

Un fait bien frappant, c'est que la santonine, même à très-haute dose, est très-peu absorbée, et se retrouve dans les déjections alvines. L'huile essentielle de semen-contra, par contre, est très-vite absorbée, et cela déjà dans l'estomac; elle jouit de propriétés toxiques assez énergiques, provoque à petites doses des crampes et une néphrite diffuse, et cause, à hautes doses, la mort par de violents accès tétaniques. Il est parfaitement inutile, dit M. Rose, d'associer à l'amertume très-désagréable de l'acide santonique, véritable et unique agent anthelminthique du semen-contra, le goût repoussant et l'odeur forte de l'huile essentielle, qui est vénéneuse et ne jouit d'aucune propriété anthelminthique. Le santonate de soude, que M. Kuchenmeister recommande, n'est pas, suivant M. Rose, aussi indifférent que ce médecin le dit; car il est beaucoup plus vite absorbé par l'estomac que l'acide santonique, il est encore plus désagréable à prendre et constipe davantage. Tandis que la santonine, prise à la dose d'un gros plusieurs jours de suite, n'amène pas de symptômes cérébraux, si ce n'est un certain mal

de tête, un peu d'étourdissement et une affection de la rétine, phénomènes qui disparaissent sans laisser de traces dès que la santonine est à peu près éliminée par les selles et les urines, le santonate de soude, à la dose d'un gros déjà, provoque de violentes convulsions, et amène, après une dose de deux gros, la mort par des crampes générales. (*Arch. sur Path. et Ann. de la Soc. de méd. de Gand*, juillet.)

Sympathie. *Espèce inédite, et son application au traitement du coryza.* On connaît les relations sympathiques qui existent entre certaines régions et divers points du tégument externe ; ainsi, les angines produites par le refroidissement de la plante des pieds. C'est sur une influence de même sorte, mais peu connue, que M. Janot appelle l'attention de ses confrères. Suivant ce médecin, il existe une sympathie toute particulière entre la muqueuse pituitaire et la peau de l'occiput, dont on doit se servir pour le traitement du coryza. « La réflexion de l'impression tonique des frictions toniques aromatiques sur la région de l'occiput agit souvent, dit M. Janot, comme préventif et curatif des rhumes de cerveau. » Voici un des faits cités à l'appui de cette proposition thérapeutique :

M. X*** transpire beaucoup et s'enrhume très-facilement; un eczéma, des engorgements lymphatiques ont nécessité un traitement antiscrofuleux qui a bien réussi. Mais en racontant la déplorable fréquence de ses coryzas, qui se propagent toujours à la muqueuse buccale et gengivale, M. X*** insiste d'une façon significative sur la sensation du froid à la nuque, comme signe initial du catarrhe. Frappé de la valeur de ce renseignement, notre confrère conseille des frictons avec l'eau-de-vie de lavande sur la région occipitale. Les effets de ce moyen dépassent toute espérance. Le coryza, qui était presque permanent, et contre lequel un vésicatoire, les eaux sulfureuses, les bains de mer avaient été employés sans résultats, ne reparaît plus que très-rarement. La friction, d'abord préventive, devient ensuite abortive, ou tout au moins curative ; tantôt appliquée à temps, elle rétablit la sécrétion normale, dont la suppression annonçait le début du catarrhe nasal ; tantôt elle abrége et atténue le rhume confirmé. M. X*** dit qu'en les pratiquant, il fait rapidement cesser ce refroidissement local, pour lui caractéristique, et éprouve une sensation de chaleur douce qui s'irradie manifestement jusqu'au front et à la racine du nez.

La médication que conseille M. le docteur Janot est trop simple pour qu'on ne s'empresse pas d'en faire bénéficier les malades sujets à des coryzas fréquents. (*Compte rendu de la Soc. de méd. de Toulouse*, 1861.)

Vaccination (*Accidents survenus à la suite de la*). Dans l'une des dernières séances de la Société de chirurgie, M. Huguier a communiqué à ses collègues un fait très-intéressant d'accidents survenus à la suite de la vaccination. Il s'agit d'un enfant de deux ans, vacciné en juin 1860. Un seul bouton apparut au bras droit, qui fut l'origine des accidents. D'abord, c'est un érysipèle, puis des accidents cérébraux simulant ceux de la méningite, puis un abcès du creux axillaire. Alors, l'érysipèle gagne le cou et le tronc, et l'on voit se développer une adénite cervicale qui donne lieu à un abcès, et un phlegmon, à forme diffuse, avec sphacèle du tissu cellulaire, sur le tronc. Bientôt deux autres abcès se développent sous la clavicule. Alors se produit une éruption de boutons sur toute la moitié droite du tronc ; puis un sixième abcès, puis un septième. Enfin, et malgré ces accidents formidables, l'enfant est guéri. M. Hugnier s'est demandé si, dans ce cas, le vaccin ne serait pas provenu d'une source impure, faisant remarquer qu'il n'existait, d'ailleurs, dans ce moment aucune épidémie d'érysipèle, ou de maladie septique quelconque dans la localité où ce fait s'est passé.

Ce fait, avec beaucoup d'autres analogues, démontre une fois de plus la nécessité de surveiller la provenance du vaccin dont on se sert; de ne point vacciner indifféremment les enfants dont l'état de santé ne paraît pas actuellement irréprochable, ou tout au moins satifaisant; de surveiller les suites de cette opération ; et, ajoutons enfin, instruits par les faits aujourd'hui démontrés de la transmission de la syphilis par la vaccination, d'avoir le soin de n'inoculer que du vaccin pur, sans mélange de sang, ou de tout autre liquide de l'économie. (*Comptes rendus de la Société de chirurgie*, juillet 1861.)

Vers intestinaux *tenant sous leur dépendance une maladie de*

l'intelligence. Il existe dans la science d'assez nombreux exemples de troubles intellectuels et de perturbations fonctionnelles générales du système nerveux résultant de la présence de vers intestinaux. La présence de ces helminthes se borne-t-elle à produire des troubles purement fonctionnels ? peuvent-ils, au contraire, porter le trouble dans l'économie, jusqu'à produire des lésions encéphaliques capables d'entraîner la mort ? ou faut il, dans ce cas, ne voir entre ces phénomènes morbides et l'existence des vers intestinaux qu'une simple coïncidence ? Telle est la question que pose, sans la résoudre, l'observation suivante communiquée par M. le docteur Dégranges à la Société de médecine de Bordeaux. Un enfant de trois ans et demi, bien constitué, appartenant à une famille qui ne présente aucun vice héréditaire spécial, et ayant donné de très-bonne heure des signes évidents d'une intelligence précoce, qui se développa graduellement d'une manière sensible, commença à manifester, il y a environ huit mois, tout en conservant un état parfait de la santé générale, un abaissement sensible de l'intelligence. Au lieu d'une soumission remarquable, qui paraissait être auparavant le fond de son caractère, il devint d'un entêtement extrême et éminemment capricieux. Quand on lui adressait une question, au lieu de répondre à qui l'interrogeait, il se parlait à lui-même. En même temps des goûts bizarres et dépravés se manifestèrent et avec eux une inappétence irrégulière ; lassitude musculaire accusée par une tendance continuelle à rester couché ; la vue et l'ouïe s'exécutent parfaitement. Aucun mouvement de contraction ne se manifeste dans les mâchoires. Comme signes commémoratifs, M. Dégranges rappelle ce fait que, peu de temps avant que l'intelligence eût commencé à se troubler, l'enfant avait à la tête une légère dartre muqueuse, qui disparut à la suite de quelques purgatifs. — Quelques légers tremblements convulsifs dans les bras et dans les muscles de la figure (accidents choréiques), mais sans perte de connaissance, avaient été signalés et ne se sont pas reproduits. Dès l'âge de six mois, on avait remarqué des érections toutes les nuits. M. Dégranges ajoute enfin, et ceci est le point capital, que cet enfant était sujet aux vers et qu'il en avait rendu beaucoup à l'aide de purgatifs ordinaires. Ces vers, suivant les parents, étaient longs et cylindriques : c'étaient donc probablement des ascarides lombricoïdes. Il a également rendu des ascarides vermiculaires. — Ainsi, voilà un enfant d'une bonne constitution, d'une santé générale en apparence parfaite, dont toutes les fonctions organiques s'accomplissent normalement, d'une figure intelligente, et dont les facultés intellectuelles baissent tout à coup, sans que cette modification ait été précédée, accompagnée ou suivie d'aucun indice d'affection cérébrale, et sans qu'il soit possible de la rapporter à aucune autre influence organique qu'à la présence de vers nombreux dans le tube digestif.

Était-ce le commencement d'une maladie d'organes intra-crâniens non encore assez développée pour qu'un en pût déterminer le siége et la nature ? Ces phénomènes n'étaient-ils, au contraire, que les produits d'une de ces mille formes variées par lesquelles se traduit la présence dans l'organisme de vers intestinaux ? M. Dégranges, croyant pouvoir se rattacher à cette idée plus consolante, se détermina à recourir à l'emploi des vermifuges. Mais, soit que le rapport présumé ne fût pas réel, soit, ainsi que nous l'avons donné à entendre au début, que les troubles cérébraux produits par les vers, d'abord purement fonctionnels, eussent amené chez un sujet prédisposé des lésions persistantes, toujours est-il que la maladie ne fut point enrayée par cette médication. Voici, en effet, la suite de cette observation.

Les premiers vermifuges, répétés tous les jours, n'ont absolument rien produit. On a essayé le calomel. En deux jours l'enfant a rendu dix-sept vers lombrics très-gros et en vie. Pendant une semaine il a paru mieux ; il était plus calme ; mais ce mieux n'a pas continué, et les vermifuges donnés depuis n'ont produit aucun effet. Son état s'est aggravé au contraire, et tout faisait pressentir une mort prochaine à l'époque où M. Dégranges exposait cette seconde phase de l'histoire de ce malade. La médication anthelminthique n'en est pas moins indiquée en pareil cas, vu les chances heureuses qu'elle peut donner et le peu d'inconvénients qu'elle a d'ailleurs. (*Union méd. de la Gironde*, juin 1861.)

VARIÉTÉS.

Des coques et des germes du cacao torréfié comme aliment : — Question d'hygiène publique.

Par M. Stanislas Martin.

Ce mot d'un poëte latin :

Habent sua fata libelli,

serait applicable au sujet que nous traitons. Si nous avions l'intention de parler du cacaoyer, il serait trop tard ; tout ce qu'on peut dire sur l'histoire de cet arbre, ou sur la composition chimique de son fruit, a été écrit ; mais comme aujourd'hui les coques et les germes des semences du cacaoyer sont employés dans l'alimentation, nous croyons convenable d'étudier leur composition chimique, pour nous assurer s'ils peuvent être assimilés par nos organes digestifs.

Dans une savante monographie publiée par M. Arth. Mengin, intitulée : *Du cacao et du chocolat*, on lit que : En 1858, la France a reçu des côtes du Brésil 1,599,484 kilogrammes de semences de cacao. Le cacao torréfié perd un tiers de son poids ; cette perte est représentée par les pellicules, les germes, l'humidité, et par la décomposition de certains produits. Il y a deux ans à peine, Paris exportait dans le nord de la France, en Belgique et en Hollande, toutes les coques qui provenaient des cacaos employés à la fabrication du chocolat ; dans ces pays, elles servent à préparer avec l'eau bouillante un liquide, qui, lorsqu'il est suffisamment sucré, constitue une boisson saine, agréable, aromatique, tonique.

Aujourd'hui, tous les détritus du cacao sont employés par le commerce de l'épicerie pour fabriquer ce chocolat vendu deux francs le kilogramme.

Voici la composition de ce chocolat :

Coques et germes détachés des semences du cacao torréfié	75 kilogrammes.
Fèves de cacao mondées	25 kilogrammes.
Sucre turbiné ou sablé [1]	100 kilogrammes.
Écorce de cannelle en poudre	2 kilogrammes.

On réduit en poudre grossière les coques et les germes du cacao ; on les mêle aux autres substances dans un mortier en fer chauffé, de manière à faire une pâte homogène. Cette pâte est ensuite broyée sous des cylindres faits *ad hoc*.

Il y a quelques années, les coques de cacao se vendaient à Paris 10, 12 et 15 francs les 100 kilogrammes ; le prix s'en est élevé à 30 francs. Un droguiste, la maison Menier, bien connue pour son grand débit de chocolat, livre tous les ans au commerce 67,000 à 70,000 kilogrammes de ces coques, qui représentent l'emploi de 775,000 kilogrammes de semences de cacao, soit une vente annuelle de 1,560,000 kilogrammes de chocolat.

Quelle est la composition chimique des coques et des germes du cacao ? Telle

[1] On désigne sous le nom de sucre sablé cette substance qui a servi à la préparation des fruits confits, et sucre turbiné, celui dont on a retiré tout le principe cristallisable.

est la question qu'un médecin hygiéniste nous a posée. Nous avons constaté que ce détritus épuisé par l'éther sulfurique, l'alcool à 33 degrés, et par l'eau bouillante, perd 40 pour 100 de son poids. Cette perte est représentée par les principes solubles suivants :

Mucilage, théobromine, extractif, tannin, principe amer, principe aromatique, matière colorante jaune, traces de matières grasses, sels minéraux. Les trente autres parties insolubles ne sont que du ligneux à demi carbonisé.

D'après l'analyse d'un illustre chimiste, M. Boussingault, les fèves du cacao, non décortiquées, sont composées de :

Matière grasse, vulgairement appelée beurre.........	44
Alumine..	20
Théobromine..................................	2
Gomme acide et traces de matières très-amères.......	6
Cellulose et ligneux.............................	13
Substances minérales............................	4
Eau..	11
	100

La composition chimique des cacaos varie selon les provenances ; M. Boussingault en a trouvé qui contenaient de la fécule à l'état normal, du gluten, du sucre de fécule, une matière azotée.

Comme on le voit, le beurre, ou la matière grasse qui se trouve dans l'amande du cacao, fait défaut dans les coques et dans les germes; tout porte à croire que c'est une des principales substances qui agit comme nutritive. Dès lors n'est-on pas en droit de conclure que les coques et les germes du cacao traités par l'eau peuvent fournir une boisson salutaire, mais que leur emploi comme aliment doit être rejeté ? On peut également considérer le chocolat fabriqué avec ces détritus de cacao comme un produit falsifié.

Nouveau spéculum à quatre valves.

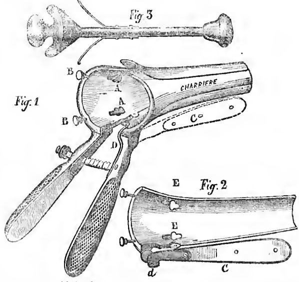
M. Jules Charrière vient de présenter à l'Académie un nouveau spéculum à quatre valves. Depuis 1831, époque à laquelle M. Charrière père ajouta deux valves supplémentaires au spéculum bivalve de MM. Jobert de Lamballe et Ricord, on avait souvent reproché et avec raison, la trop grande mobilité des valves supplémentaires de cet instrument et leur désassemblage spontané. Pour remédier à cet inconvénient, M. J. Charrière a procédé de la manière suivante :

1° Les quatre tourets sont remplacés par quatre tenons AA, fig. 1, que l'on fait entrer par la partie la plus large des mortaises EE, fig. 2 Ces tenons sont maintenus en place dans la partie la plus étroite par la pression des deux vis BB.

Il est ainsi extrêmement facile de monter et de démonter l'instrument. Veut-on appliquer les valves supplémentaires ? On engage les tenons dans les mortaises, on serre les vis ; le tenon repoussé dans la partie la plus étroite, la valve ne saurait être déplacée involontairement. Veut-on enlever les valves ? les vis sont desserrées, les tenons quittent la partie étroite de la mortaise et les valves tombent, pour ainsi dire, seules.

2° Pour rendre l'instrument plus portatif, ses manches sont articulés à la base des valves (ce moyen est bien préférable à celui qui était employé autrefois et

que l'on applique encore aujourd'hui, et qui consiste à démonter les manches au moyen d'échancrures situées au niveau des charnières) Par ce mécanisme, lorsque l'on veut transporter l'instrument on peut placer les manches parallèlement aux valves, comme on le voit en CC, fig. 1 et 2. Pour rendre l'instrument prêt à servir, on ramène les manches dans leur position normale et on les fixe en appuyant sur le ressort DD, fig. 1 et 2.



3° L'embout, réduit de longueur, est maintenu en place à l'aide d'un fil métallique et sans ressort.

M le docteur Réveil, dans une lettre à la *Patrie*, vient de révéler une nouvelle fraude qui pourrait devenir la cause d'empoisonnements fréquents et violents. Elle consiste à transformer la crevette grise, dont le prix est peu élevé, en crevette rouge, qui se vend très-cher. Pour cela, on peint la crevette grise avec du *minium* ou de la *mine orange*, composés chimiques qui sont formés d'un mélange de protoxyde et de bi-oxyde de plomb, et dont l'ingestion peut produire des accidents qui pourraient être suivis de mort. Récemment, une famille de Chaville a failli être victime de cette fraude : on a remis à M. Réveil 1gr,23 de minium enlevé par le simple lavage de la surface des crevettes qui avaient été vendues par un marchand ambulant.

Le *Nouvelliste de Marseille* appelle l'attention du public sur le danger auquel on s'expose en employant la chair des moules comme aliment. Ce genre de nourriture, dont on devrait s'abstenir dans cette saison, a déterminé, ces jours-ci, chez certaines personnes, tous les symptômes d'un véritable empoisonnement. On attribue généralement ces accidents au frai des étoiles de mer dont se nourrissent les moules vers cette époque, ou bien encore à leur séjour contre les parois garnies de cuivre des bâtiments qui stationnent dans les ports.

Des cas de fièvre jaune se sont manifestés à Saint-Nazaire. Des détails précis nous manquent; mais nous savons qu'un honorable et malheureux confrère, M. le docteur Chaillou, de Montois, a péri victime de son dévouement, en portant ses soins à ces malades atteints de fièvre jaune.

Aussitôt que la Société locale des médecins de la Loire-Inférieure, dont M. Chaillou faisait partie, a été informée de la triste position dans laquelle notre infortuné confrère laissait ses trois enfants et sa veuve enceinte, un secours efficace a été adressé à cette famille, et avis a été donné à M. le président de cette Société qu'elle pouvait largement ouvrir sa caisse de secours, l'Association générale devant, d'après les statuts, ouvrir la sienne aux sociétés dont le fonds de secours est épuisé.

Les jurys chargés de présider la prochaine session des écoles préparatoires de médecine et de pharmacie sont composés de la manière suivante :

Pour les écoles de Reims, d'Amiens, d'Arras, de Lille, de Caen, de Rouen, MM. Denonvilliers et Guibourt.

Pour les écoles de Rennes, de Nantes, de Poitiers, de Tours et de Limoges, MM. Gavarret et Bussy.

Pour les écoles de Nancy, de Besançon, de Lyon, de Dijon, MM. Denonvilliers et Oberlin.

Pour les écoles de Marseille, de Grenoble, de Clermont, de Toulouse, de Bordeaux et d'Alger, MM. Béchamp et Cauvry.

Une société locale, agrégée à l'Association générale, vient de se constituer à Saint-Brieuc, pour le département des Côtes-du-Nord.

Ont été nommés présidents : de la Société de prévoyance et de secours mutuels des médecins du département de l'Aveyron, M. le docteur Rozier, maire de Rodez ; de la Société de prévoyance et de secours mutuels des médecins de l'arrondissement de Saint-Jean-d'Angély (Charente-Inférieure), M. le docteur Bérard.

Aux diverses nominations de chevaliers de la Légion d'honneur que nous avons mentionnées dans notre dernier numéro, nous devons ajouter celle de M. le docteur Bassereau, le savant auteur du Traité des affections de la peau symptomatiques de la syphilis ; ouvrage dans lequel la doctrine de la dualité du virus syphilitique se trouve formulée d'une manière si remarquable.

M. Saint-Supéry, médecin-major de 1re classe au 6e de ligne, a été autorisé à porter la décoration d'officier de l'ordre militaire de Savoie.

Le corps médical de Paris vient de faire deux nouvelles pertes également regrettables, et dont l'une était bien inattendue.

MM. Piedagnel et Legroux, tous deux médecins de l'Hôtel-Dieu, ont succombé à quelques heures d'intervalle, le premier aux suites d'une affection organique ancienne, le second à un anthrax dont tous les secours de l'art n'ont pu conjurer la terminaison fatale.

Un concours pour la place de deuxième chef interne des hôpitaux de Marseille aura lieu le 18 novembre prochain, à l'Hôtel-Dieu de cette ville.

Pour les articles non signés, E. DEBOUT.

THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE.

Du scepticisme en thérapeutique, de ses causes, de ses conséquences et des remèdes qu'il convient de lui opposer [1].

Par M. le docteur Fonssagrives, professeur à l'École de médecine de Brest.

Les discussions doctrinales qui roulent sur le mode d'action intime des médicaments sont également de nature, par le ton d'exclusivisme qu'elles affectent, à tirailler l'esprit des praticiens et à l'incliner vers le doute. Deux écoles antagonistes font du même médicament, l'eau et le feu : l'une verra dans le camphre une substance douée de propriétés réfrigérantes, sédatives, controstimulantes, l'autre le rangera dans la classe des médicaments excitants ; telle fera du quinquina et du fer des agents toniques, telle autre leur attribuera une action hyposthénisante, etc. Pour celle-ci, le soufre sera un stimulant, pour celle-là, un hyposthénisant vasculo-veineux, etc. Et, vanité des explications théoriques ! deux écoles en antagonisme sur le mode d'action d'un médicament pourront néanmoins se rencontrer sur le terrain des affections qu'il combat ; l'indication restera la même, l'interprétation du mécanisme pharmacodynamique variera seule, ce qui, fort heureusement, n'empêchera pas la guérison, si la guérison doit avoir lieu. Ainsi, le fer, tonique pour les pharmacologistes français, devient un hyposthénisant vasculaire pour les Italiens et, ce nonobstant, la chlorose cédera au fer manié par les uns et les autres, qu'on la considère comme une altération particulière du sang, ou comme une angioïte lente ; de même aussi, la quinine, dans les deux camps, guérit les fièvres de marais, quoiqu'il y ait, entre les deux théories pathogéniques professées à l'égard de ces maladies, la différence qui sépare un empoisonnement miasmatique d'une subartérite, d'un érysipèle superficiel et ambulant de la tunique interne des gros vaisseaux artériels. L'école italienne reproche à l'école française d'avoir établi ses groupes de médicaments sur leurs propriétés grossièrement évidentes, physico-chimiques ou organoleptiques, et d'avoir négligé la considération bien autrement importante de leur action intrinsèque révélée, non plus par un seul phénomène, mais bien par l'ensemble des réactions que développe le dynamisme influencé par un médicament, et ce reproche, quoique exagéré, n'est pas cependant dépourvu de fondement. Il peut toutefois lui être

[1] Suite et fin. — Voir la livraison précédente, p. 193.

légitimement retourné, et sa pathologie, indignement sacrifiée au succès de ses théories pharmacodynamiques, est un ramassis impur de tout ce que les doctrines médicales ont édifié jusqu'ici d'erreurs exclusives : là, un humorisme dont les Arabes eussent été jaloux ; ici, un vitalisme quintessencié qui rappelle les jours les plus nuageux du stahlianisme; plus loin, un mélange singulier des doctrines du Val-de-Grâce et de cet ontologisme qu'elles ont si longuement et si gratuitement combattu ; tout cela constitue un fouillis véritable, dont le miroitement donne à l'esprit une sorte de vertige. Disons-le bien haut : rien n'est vain et prestigieux comme la recherche du mode d'action des médicaments, et j'entends distinguer ici l'action *moléculaire, intime, occulte*, de l'action *extérieure, phénoménale, visible;* la première est justiciable de la seule imagination, la seconde de l'observation ; l'une ne peut guère être plus soutenue qu'attaquée, l'autre a la valeur irréfragable de tous les faits scientifiques ; c'est à elle qu'il conviendrait de s'attacher, au lieu de perdre en vaines et pompeuses divagations sur des phénomènes qui, par leur nature, resteront inaccessibles à notre intelligence, un temps que l'observation expérimentale s'approprierait avec beaucoup plus de fruit.

Le scepticisme qui garde toutes les avenues de l'esprit pénètre aussi dans la place par une autre voie. Les médecins pleins de jeunesse et d'enthousiasme, avides de guérir, et d'entretenir ce feu sacré de la vie confié à leur garde, s'exagèrent de bonne foi et la puissance de leur ministère et la portée des armes qu'il leur met entre les mains. Convaincus dans le principe qu'il n'existe pas de maladie absolument inguérissable, ils en arrivent à la fin, par une série d'insuccès et de découragements, à douter de l'utilité de leur intervention, et tendent de plus en plus vers une expectation sceptique. C'est là une exagération d'une autre sorte. Si la guérison est le but idéal de la médecine, il ne lui est pas donné toujours de l'atteindre, mais elle a bien et complétement rempli sa mission quand, à défaut de ce résultat, elle pallie, fait durer et soulage là où elle ne saurait mieux faire. Il faut qu'elle s'habitue à se contenter du possible. Il y a certainement de la générosité au fond de ce découragement; mais, si on ne luttait contre une pareille tendance, l'esprit s'énerverait vite et aboutirait à une sorte d'inaction fataliste.

Une des causes les plus réelles du scepticisme qui pèse aujourd'hui sur la thérapeutique, gît surtout dans la manière dont se colligent, se pèsent et se comptent les succès des médicaments. Rien n'est difficile comme une statistique de ce genre, pour peu qu'on

veuille (et ce but doit toujours être implicitement supposé) arriver à des résultats qui aient quelque rigueur. L'établissement d'un diagnostic positif, pierre angulaire de toute expérimentation sérieuse, compte déjà mille difficultés contre lesquelles on ne sera presque jamais suffisamment prémuni, et cependant on ne peut rien édifier de solide en thérapeutique sans cette base nécessaire. Où en est encore de nos jours le traitement de la fièvre typhoïde, cette redoutable pyrexie qui a peu à peu absorbé la plus grande partie du domaine des fièvres essentielles, et n'élève pas des prétentions moins tyranniques que la gastro-entérite broussarienne qu'elle a détrônée? Quelle richesse apparente, quelle pauvreté réelle! Que de médications glorifiées! Que de chiffres riches de promesses inscrits sur la bannière de chacune d'elles! Quel absolutisme superbe dans la manière dont elles s'excluent? Chacune est l'expression de la vérité, le terme heureux auquel la thérapeutique doit limiter ses espérances, et nonobstant ces programmes décevants, qui font naître la confiance aussi vite qu'ils la détruisent, la fièvre typhoïde, sous quelques-unes de ses formes, guérit seule ou à peu près, et sous d'autres formes, et à d'autres degrés, elle résiste à tout et accomplit dédaigneusement son œuvre de destruction. Et de là vient que les toniques, les évacuations sanguines modérées ou rationnelles, à outrance ou empiriques, les chlorures, le sulfate de quinine, les purgatifs ont été successivement érigés en spécifiques de cette redoutable pyrexie. Partout des chiffres engageants ont été produits, mais où a été faite la séparation de la fièvre typhoïde au début et des autres fièvres moins graves, des fièvres bilieuses, de la synoque, de la fièvre muqueuse ou rémittente dyspeptique? Où a-t-on distingué les formes tellement dissemblables revêtues par la fièvre typhoïde que l'on croyait jadis (et peut-être avec quelque raison) voir sous ses modalités *ataxique*, *inflammatoire*, *bilieuse*, etc., autant de maladies distinctes? Où a-t-on séparé les diverses périodes de cette pyrexie comme opportunes à l'essai de tel ou tel médicament? Nulle part sans doute, et de là vient que les praticiens d'une sphère plus modeste qui vérifient plutôt qu'ils ne créent, mais dont l'humble expérience vaut, suivant le mot de Galilée, l'autorité de mille, s'ils cherchent à soumettre ces résultats thérapeutiques pompeux au contrôle de leur observation personnelle, tombent dans une perplexité étrange et doutent souvent et du moyen médicamenteux, et de la bonne foi ou de la sagacité de ses préconisateurs. Le traitement évacuant de l'hôpital Necker a fourni des chiffres bien beaux, et que nulle autre médication n'a égalés; mais quand

on y regarde d'un peu près, on voit que les colonnes de sa statistique de guérisons se sont enflées de plus d'embarras gastriques et de synoques que de dothinentéries proprement dites. Ainsi des autres maladies : des convulsions épileptiformes à causes passagères sont prises pour l'épilepsie, des palpitations nerveuses du cœur pour des hypertrophies, des vomissements gastralgiques pour des cancers du pylore, et on chiffre gravement les succès et les insuccès, sans songer qu'on englobe des unités de nature différente et que les chiffres qui résument ces opérations statistiques vicieuses n'ont qu'une précision et une signification apparentes. Quand il voit tous les jours des résultats thérapeutiques obtenus par de semblables procédés s'imposer à la croyance médicale, l'esprit prend le pli du doute et finit par ne plus le laisser.

Jusqu'ici nous avons vu le manque de confiance en thérapeutique découler d'une expérimentation incomplète ou vicieuse ; il est un scepticisme d'une autre sorte qui part d'un dédain absolu de tout ce qui a été fait jusqu'à lui, et appuyé sur une idée systématique souvent fausse, toujours despotique, il lui soumet tout et accommode la vérité au système, au lieu d'accommoder le système à la vérité. Parce qu'un moyen thérapeutique a été exalté avec une exagération condamnable, il va être frappé d'une proscription absolue, et l'abus, par un vicieux raisonnement, conduira à abandonner l'usage. Entre les sanguinaires folies des Chirac, des Bosquillon, des Guy-Patin, qui saignaient avec une sacrilége profusion, et les conclusions de ce médecin allemand qui s'est efforcé, il y a peu d'années, de prouver que la saignée est inopportune et même nuisible dans le traitement de la pneumonie franche, entre ces deux excès, dis-je, il y a place pour la vérité et la saine pratique. Malheureusement, comme l'a dit Luther avec une trivialité pleine de verve et de bon sens, « l'esprit humain est comme un homme ivre à cheval : quand on le relève d'un côté, il tombe de l'autre ; » et un moyen exalté outre mesure est sûr, par cela même, d'être plus tard plus dénigré qu'il ne le faut. Combien de médications ne nous donnent-elles pas des exemples de ces vicissitudes excessives qui ne passent pas sous les yeux sans ébranler singulièrement la foi thérapeutique !

En résumé : imperfection des notions pharmacologiques ; réduction intéressée de toute la matière médicale à un petit nombre d'agents employés d'une manière banale ; extension abusive des applications d'un même médicament ; étude sérieuse des agents thérapeutiques sacrifiée au désir d'en accroître le nombre ; antagonisme doctrinal

choquant des opinions émises sur le mode d'action des remèdes ; conclusions thérapeutiques trop hâtives ou basées sur une expérimentation incomplète, telles sont les principales causes qui font naître et entretiennent le scepticisme thérapeutique parmi les médecins. Voyons maintenant quelles sont les conséquences de celui-ci.

Quand le scepticisme est radical, il mène tout droit à l'expectation ; non pas à cette expectation hippocratique qui ménage heureusement les prérogatives de la nature et celles de l'art, et par laquelle le médecin, interprète intelligent de la nature, *interpres et minister naturæ medicus*, observe ses opérations, étudie ses tendances, sort de son inaction quand elles sont accusées, soutient celles qui sont favorables, refrène celles qui sont nuisibles; mais à cette expectation paresseuse et inintelligente qui sent son impuissance sans vouloir en sortir, et aboutit à une sorte de fatalisme thérapeutique. Les stahlianistes, eux aussi, se complaisaient dans cette stérile contemplation de la maladie, et leur thérapeutique pouvait, à juste titre, être flétrie de l'épithète, de *medicina pigrorum*, mais leur inaction était au moins le reflet d'une pensée doctrinale ; ils croyaient à l'autocratie de la nature et s'abstenaient avec un soin religieux de tout ce qui pouvait troubler ses opérations, tandis que les thérapeutistes sceptiques ne croient pas plus aux efforts conservateurs de la nature qu'à la puissance conservatrice des médicaments, et s'abstiennent, parce que ce rôle est moins compromettant et plus commode. Interviennent-ils par hasard, et comme pour varier la monotone nudité de leur médecine, c'est à des agents inoffensifs pour nuire comme pour guérir qu'ils font appel, et cette phrase banale et véritablement honteuse pour l'art : *Si ce remède ne fait pas de bien, du moins il ne saurait faire aucun mal,* » vient justifier à leurs yeux une prescription de laquelle ils n'attendent rien.

D'autres fois, le scepticisme se traduit d'une autre manière ; on ignore l'action des médicaments et on ne croit pas qu'il soit donné de la connaître jamais ; ce qu'on en sait de plus certain, c'est que les agents médicamentaux *perturbent*, ce qui avance tout juste autant que de dire que des modificateurs *modifient*, et ce mot commode dispense d'aller plus loin. En déterminant une perturbation empirique, on espère obtenir, non pas tel changement, non pas telle modification, mais un changement ou une modification quelconque, et sur la foi d'une espérance aussi aléatoire, on formule avec autant d'énergie que si on avait une indication précise à remplir. Dans d'autres cas aussi, c'est seulement à la fin des maladies graves

et sur la foi de cet adage : *Melius anceps remedium quàm nullum*, que l'on cherche par des moyens violents à obtenir un changement dont on ne prévoit souvent ni la direction ni le résultat.

Le scepticisme du médecin est chose qui se révèle aisément aux malades et à ceux qui les entourent, et ils vont habituellement demander à un empirisme moins timoré des succès qu'il ne leur refuse pas toujours ; d'où le discrédit de la médecine rationnelle et l'exaltation d'un charlatanisme extravagant qui fait sonner bien haut ses succès et sait cacher avec soin ses revers. Ce qu'il y a de déplorable, c'est que le scepticisme thérapeutique, né au moins dans le principe de certaines opérations intellectuelles, quelque incomplètes et vicieuses qu'elles soient, s'en affranchit plus tard, vit et se propage de lui-même ; ce n'est plus l'examen qui provoque le doute ; on doute parce que d'autres ont douté, sans s'inquiéter si ce scepticisme est fondé et raisonnable, et, l'habitude aidant, on finit par se complaire dans cet état.

L'indication des causes que nous avons reconnues, comme susceptibles de produire le scepticisme thérapeutique et de l'entretenir, fait pressentir les remèdes qu'il convient d'opposer à une tendance contre laquelle l'esprit ne saurait trop énergiquement lutter. Ces moyens sont de trois sortes : 1° étudier les médicaments, s'habituer à les combiner, à les doser, à les formuler, faire, en un mot, de la pharmacologie une étude sérieuse et approfondie ; 2° Suivre dans les essais thérapeutiques que l'on institue les règles d'une philosophique expérimentation ; 3° ne plus séparer l'hygiène de la thérapeutique, et faire bénéficier cette science des ressources auxiliaires précieuses que la première lui offre.

Il devrait être vraiment superflu de faire ressortir l'indispensable nécessité des études pharmacologiques ; à quoi peuvent servir, en effet, des instruments si l'on n'a appris à les connaître et à s'en servir? à quoi aboutirait la recherche des indications, si l'on se trouvait désarmé pour y faire face? Eh bien ! c'est là souvent, il faut l'avouer, le côté faible des études médicales. Certainement, on ne saurait exiger du médecin qu'au cercle déjà si étendu de ses connaissances obligatoires, il joigne des études pharmaceutiques assez vastes par elles-mêmes pour remplir la vie de savants laborieux ; mais au moins est-il nécessaire qu'il sache par quelles préparations passe un médicament pour revêtir ses diverses formes officinales et magistrales, quels sont les principes qu'il conserve ou qu'il perd sous chacune d'elles ; quelles modifications le temps et le mode de conservation lui font éprouver ; comment, en associant deux médicaments, on

fait surgir des effets concordants ou des incompatibilités; quelles relations d'activité existent entre les diverses formes : poudres, extraits, alcoolés, etc., d'un même médicament; quel est le mode d'administration le plus opportun. L'étude de la chimie, cette science enfant-prodige qui, à peine sortie du berceau, étend déjà à tout ses merveilleuses applications et devient l'un des fondements nécessaires de toute éducation scientifique sérieuse, l'étude de la chimie, dis-je, doit entrer maintenant, pour la part qui lui est due, dans le programme de nos études médicales, et si l'on n'en possède au moins les principes essentiels, le langage et l'intelligence, il faut renoncer à la rédaction d'une formule.

La fréquence des prescriptions, qui seule peut donner l'habitude des formes médicamenteuses et des doses, peut seule faire aussi que l'on conserve des connaissances pharmacologiques laborieusement acquises. Il faut, en effet, se servir bien souvent d'un médicament pour en rester le maître ; c'est une arme qui se rouille promptement par l'inaction ; les substances actives ont surtout besoin d'être maniées journellement et sous toutes leurs formes, si on ne veut se laisser arrêter par des craintes chimériques, voir partout des poisons, et régler sa prudence sur des idiosyncrasies exceptionnelles. Voir les médicaments, les toucher, les doser, les prescrire souvent, ne jamais, pour obéir à une crainte chimérique, amoindrir les doses dont l'expérience a consacré l'innocuité, combiner les substances, les alterner, les remplacer les unes par les autres, tels sont les moyens assurés de conserver ses ressources et d'avoir à son service une thérapeutique qui ne sera que rarement prise au dépourvu.

La médecine, en s'isolant de l'hygiène et en ne faisant, comme le dit M. Lévy, que côtoyer cette science au lieu de se l'assimiler, s'est privée principalement, dans le traitement des maladies chroniques, d'une série féconde de moyens, et trop souvent aux prises avec son impuissance, elle s'est mise à douter, au lieu de chercher à conquérir ce qui lui faisait défaut. La thérapeutique, il importe de ne pas l'oublier, a deux arsenaux ouverts : *la matière médicale* et *la matière hygiénique* (qu'on me passe le mot); sans l'un d'eux, elle ne serait qu'incomplètement armée ; c'est en combinant ces deux catégories de moyens qu'elle peut reculer les limites de sa puissance, se fortifier dans la confiance de ses ressources, résister au scepticisme thérapeutique et faire que la pratique devienne en même temps plus fructueuse et plus digne.

De l'absorption de l'iode par la peau, et du traitement de la pleurésie et de l'endocardite par les frictions iodées iodurées.

Par le docteur J. Delioux, professeur à l'École de médecine navale de Toulon.

Les traitements les plus simples, lorsque en même temps ils sont rationnels, sont souvent ceux qui produisent les résultats les plus nets et les plus satisfaisants. Il n'y a rien, pour ainsi dire, de plus vulgaire en thérapeutique, que la méthode des frictions médicamenteuses, qui généralement a pour but, ou d'exciter à la surface cutanée une irritation artificielle, ou de faire pénétrer à travers la peau jusqu'à des produits morbides ou à des organes voisins de la périphérie du corps, des principes destinés à calmer, à résoudre, ou à modifier de toute autre manière l'état local, et parfois même à déterminer au loin des effets dynamiques.

L'action extérieure, locale, de plusieurs agents topiques est tellement évidente qu'elle n'est pas mise en doute ; mais on n'est pas aussi bien édifié sur l'action interne que peuvent avoir certains médicaments déposés seulement à la surface de la peau. Tout dépend ici de l'absorption ; or, la peau, dans son intégrité physiologique et revêtue de son épiderme, absorbe-t-elle les médicaments déposés à sa surface ? Il est des expérimentateurs qui ont répondu par la négative; mais les médecins qui ont journellement l'occasion d'employer la méthode iatraliptique, et d'en constater les effets irrécusables, croient avec raison que la surface cutanée n'est point réfractaire à l'absorption médicamenteuse. Le fait est que la peau absorbe, moins, il est vrai, que le tégument muqueux, mais assez cependant pour permettre aux particules de certains médicaments d'agir à distance de leur point d'application, et d'opérer par suite des effets analogues à ceux que déterminerait l'administration interne des mêmes substances.

La meilleure condition pour que les médicaments déposés à la surface de la peau soient absorbés, c'est, comme l'a fort bien démontré M. Mialhe, qu'ils soient à la fois solubles et non précipitables par les éléments chimiques des humeurs cutanées. Lorsque cette précipitation a lieu et n'est pas annulée par une redissolution ultérieure, il est évident qu'il ne faut s'attendre à aucune action pharmacodynamique. Aussi devons-nous croire que plusieurs médicaments insolubles ou devenant tels par la réaction des humeurs cutanées, restent à l'état de corps inertes à la surface de la peau, et par suite ne donnent que des mécomptes à ceux qui spéculent sur leur action.

Lorsqu'une douleur névralgique cède manifestement à une onction belladonée sur la partie endolorie, lorsqu'une tumeur se résout à vue d'œil sous l'influence d'une friction iodurée, on est bien autorisé à penser que dans les deux cas le résultat thérapeutique est dû à l'absorption des principes médicamenteux. Néanmoins, il faut se défier de ces coïncidences d'amélioration qui surviennent dans le cours de certains traitements, topiques ou internes, et qui peuvent fort bien ne provenir que d'un amendement spontané des phénomènes pathologiques, et non d'une action réelle du médicament employé. Il ne suffit donc pas, dans l'espèce, de supposer l'absorption, d'invoquer en sa faveur des preuves rationnelles : il faut la démontrer.

J'ai cherché cette démonstration pour l'une des substances que l'on emploie le plus fréquemment dans la thérapeutique externe, aux applications topiques de laquelle on attribue les succès les plus nombreux, et dont il est le plus facile de déceler la présence dans les liquides excrétés ; cette substance est l'iode. Je me suis assuré que les individus soumis à l'usage de frictions iodées iodurées sur la peau, absorbaient l'iode, en moindre quantité, il est vrai, que ceux qui l'ingéraient par le tube digestif, mais néanmoins en quantité appréciable par les réactifs dans les humeurs d'excrétion.

En conséquence, il n'y a rien d'illusoire dans l'emploi de l'iode par iatralepsie, et non-seulement on peut produire alors des effets topiques plus ou moins énergiques, suivant les composés dont on fait choix, mais on doit s'attendre à quelques effets dynamiques dus au passage des molécules iodiques dans les voies de l'absorption.

Les composés iodurés, introduits dans l'organisme par la peau, en sont éliminés, de même que ceux qui pénètrent par d'autres surfaces, particulièrement par la salive et par l'urine. C'est effectivement dans ces deux liquides que j'ai retrouvé l'iode absorbé.

Souvent il m'a suffi, pour déceler cette substance, de soumettre la salive et l'urine au double essai par l'hydrochlore et l'amidon. Pour cela, on mélange avec la liqueur à expérimenter une certaine quantité de solution d'amidon, et l'on ajoute l'hydrochlore goutte à goutte, jusqu'à ce que l'on voie se produire la couleur bleue caractéristique de l'iodure d'amidon. Je dois déclarer que cette couleur n'apparaît jamais aussi intense chez les individus qui ont été traités par iatralepsie, que chez ceux qui ont pris l'iode à l'intérieur ; preuve incontestable que la peau absorbe bien moins ce médicament que le tégument muqueux interne. Mais la réaction est pourtant assez

sensible dans plusieurs circonstances pour mettre hors de doute l'absorbabilité des composés iodiques par la surface cutanée.

Toutefois, il est des circonstances où le mode opératoire que je viens d'indiquer ne donne que des résultats négatifs. Était-ce à dire alors que l'absorption de l'iode n'avait pas eu lieu ? Il me parut plus rationnel de penser, ou que l'iode existait en trop petite proportion dans les liqueurs d'essai pour être découvert par le procédé sommaire que je viens d'indiquer, ou qu'il était engagé en quelque combinaison avec des matières organiques. Il s'agissait donc de mettre en évidence l'absorption de l'iode par une analyse régulière et complète des urines. Je chargeai de ce travail M. Castain, pharmacien de la marine attaché à ma clinique, lequel arriva à démontrer, comme je l'avais prévu, l'existence de l'iode dans les liquides excrétés soumis à l'analyse.

On trouvera plus loin, dans un article spécial, le compte rendu des recherches de M. Castain (Voir p. 266).

Du moment qu'il est bien prouvé que les préparations iodiques employées à l'extérieur sont susceptibles de passer dans les voies de l'absorption, on est parfaitement autorisé à y recourir dans la double intention d'agir topiquement et dynamiquement, et par suite je suis à même d'expliquer jusqu'à un certain point les résultats avantageux que j'ai retirés des frictions iodées iodurées dans le traitement des phlegmasies des membranes séreuses voisines de la périphérie du corps.

Tous ceux qui ont suivi les progrès et les tendances de la pleurésie savent avec quelle opiniâtreté persistent souvent les exsudats plastiques produits par le travail inflammatoire. Les fausses membranes pleurétiques n'ont pas pour règle de se prêter à une résorption spontanée, prompte et facile ; par leur présence seule, elles entravent les fonctions normales de l'organe dans l'intérieur duquel elles se sont formées, et subsidiairement les fonctions du poumon liées en partie à l'intégrité de la plèvre ; en multipliant les surfaces d'exhalation, elles sont une cause fréquente de ces épanchements secondaires qui viennent compliquer des pleurésies primitivement sèches à leur début ; elles dégénèrent enfin en des adhérences qui, au bout d'un certain temps, s'organisent et deviennent irremédiables. Il y a donc tout intérêt pour les malades à les débarrasser au plus tôt des fausses membranes intrâpleurales ; mais leur disparition n'est pas toujours facile à obtenir. Parmi les moyens thérapeutiques que l'on met alors en usage, les vésicatoires successifs ont d'incontestables avantages ; mais, quand ils échouent, il faut bien

aviser à d'autres remèdes. J'ai eu recours alors aux topiques iodés iodurés, et ils m'ont procuré des résultats curatifs qu'il me paraît utile de signaler.

J'ai employé d'abord la teinture d'iode ; elle m'a semblé insuffisante dans la généralité des cas. J'ai expérimenté des pommades iodurées, et elles ont été de beaucoup plus efficaces.

Dans la circonstance dont il s'agit, la pommade dite hydriodatée du Codex, à 1/8 d'iodure de potassium, n'est pas assez active ; j'y fais ajouter d'abord 1 gramme d'iode pour 30 grammes. Si l'effet médicateur ne se produit pas, j'augmente les doses, tant d'iode que d'iodure de potassium ; si bien qu'en général la formule qui offre le plus d'efficacité et à laquelle je donne la préférence est la suivante :

Iode..............................	2 grammes.
Iodure de potassium....	8 grammes.
Axonge...........................	30 grammes.

Cette pommade double d'iode et d'iodure de potassium est très-active ; elle ne tarde pas à irriter la peau, et sous ce rapport elle demande quelque réserve dans son emploi, surtout chez les sujets qui ont la peau susceptible et délicate; mais, plus que tout autre topique iodé, elle fait pénétrer des quantités appréciables d'iode dans l'économie. Toutefois, pour obtenir dans la mesure désirable cette pénétration d'où dépend en grande partie le succès de la médication, il faut observer dans la pratique de la friction deux règles obligatoires : 1° nettoyer parfaitement la peau, désobstruer ses pores du reliquat de la friction antérieure, afin d'écarter toute barrière à l'absorption des principes médicamenteux ; 2° frictionner fortement et pendant cinq minutes au moins pour forcer en quelque sorte la porte assez difficile à ouvrir de l'absorption cutanée.

Les frictions doivent être faites largement, sur toute la surface correspondante au point lésé, en en dépassant plutôt les limites. Deux frictions, l'une le matin, l'autre le soir, suffisent. Par-dessus la couche du topique iodé qu'on laisse après la friction sur la peau, on applique un gâteau de ouate, puis une compresse de taffetas ciré, et l'on maintient le tout par un bandage de corps.

Ce mode de pansement a le double avantage de protéger les objets de literie et les vêtements contre les souillures presque indélébiles des topiques iodés, et de favoriser l'absorption de ceux-ci.

Lorsque les frictions iodées iodurées irritent sensiblement la peau, on les suspend durant le temps nécessaire pour laisser passer cette irritation, et on les reprend dès qu'on le peut, en laissant le moins

de lacunes possible dans un traitement dont la continuité favorise le succès.

Je possède actuellement une vingtaine de cas où ce mode de traitement a triomphé d'exsudations intrà-pleurales, les unes succédant à des pleurésies aiguës, les autres, en plus petit nombre, existant depuis plus ou moins longtemps dans la plèvre et constituant cet organe à l'état de pleurésie exsudative chronique. Le traitement a duré de quinze jours à deux mois ; quinze à vingt jours ont ordinairement suffi pour obtenir la résorption des fausses membranes laissées par une pleurésie aiguë. Le traitement le plus long, deux mois environ, a été subi par un sujet qui avait une phlegmasie exsudative des deux plèvres, caractérisée par des frottements pleuraux aussi étendus que bruyants, et qui ont fini par disparaître complétement, en laissant les plèvres tout à fait libres.

Afin de ne pas obscurcir l'expérimentation thérapeutique et les résultats attendus, les sujets pleurétiques étaient soumis aux frictions iodées, à l'exclusion de tout autre remède. Quelques-uns avaient été traités antérieurement par les vésicatoires ; et c'est parce que les vésicatoires seuls ne les avaient pas guéris que l'on tentait de faire mieux, en usant des frictions iodurées. Il semblait, du reste, que, sur les cicatrices de vésicatoires, l'absorption de l'iode fût plus énergique.

L'action des frictions iodurées a été suivie jour par jour, en auscultant avec soin les malades. On a pu ainsi constater la diminution graduelle du frottement pleural, jusqu'à sa complète disparition.

J'ai appliqué le même mode de traitement à quelques cas de péricardite sans résultats décisifs : ce qui ne m'empêche pas de penser que les pseudo-membranes péricardiques, lorsqu'elles seront peu étendues et fixées vers la pointe du cœur, pourront être attaquées efficacement par le moyen thérapeutique très-rationnel qui m'a réussi contre les exsudats pleurétiques.

Mais j'ai beaucoup à me louer de l'emploi extérieur de l'iode, selon la méthode que je viens d'indiquer, contre les endocardites succédant au rhumatisme articulaire. Chez deux malades entre autres, traités avec persévérance par les frictions iodées sur la région précordiale, j'ai fini par obtenir la cessation complète du bruit de souffle, et vraisemblablement la résolution de la lésion de l'endocarde qui lui avait donné naissance. Ce résultat est important quand on songe à la difficulté que l'on trouve trop souvent à effacer toute trace des lésions secondaires créées par l'endocardite rhuma-

tismale. Dans ce cas, sans doute, les vésicatoires sont très-utiles, comme dans la pleurésie; mais quand ils ne réussissent pas, j'engage à recourir aux frictions iodées qui peuvent contribuer à une résolution d'autant plus désirable, que sans elle on doit redouter les lésions organiques ultérieures les plus graves du centre circulatoire.

J'ai essayé aussi d'utiliser les propriétés résolutives de l'iode, en pansant des vésicatoires, dans le cours des maladies précitées, avec de la pommade iodurée. On doit se borner alors à l'emploi de la pommade à l'iodure de potassium; l'adjonction de l'iode pur rend le pansement très-douloureux et très-irritant. Mais ce mode de traitement m'a paru moins efficace que celui qui a pour base les frictions avec la pommade double d'iode et d'iodure potassique.

J'ai voulu voir enfin si l'usage interne de l'iode, dans la pleurésie exsudative et dans l'endocardite, accroîtrait l'action des topiques iodurés. Il m'a paru, au moins pour la première de ces deux maladies, que l'administration interne de l'iodure de potassium n'avait aucune utilité; la résolution des fausses membranes pleurales ne marchait pas avec plus d'activité que chez les sujets soumis simplement aux frictions iodées iodurées. Et cependant ceux-ci absorbaient incontestablement une bien moindre dose d'iode. Cette différence de résultats, très-difficile à expliquer en principe, n'a rien en fait de plus extraordinaire qu'un effet analogue journellement constaté chez ces individus, qui, traités pour une névralgie par des topiques belladonés, opiacés, cyanurés ou autres, sont ainsi débarrassés de douleurs contre lesquelles l'administration interne des mêmes médicaments était restée impuissante. Il semble donc qu'en certaines circonstances les médicaments développent plus d'énergie d'action en arrivant directement aux organes malades par la circulation locale. L'emploi topique des médicaments iodiques contre les phlegmasies des membranes séreuses voisines de la périphérie du corps est une conséquence pratique de cette particularité de l'absorption.

THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE.

Nouvel ambi pour les luxations scapulo-humérales, difficiles ou anciennes (¹).

Par M. le docteur Dauvergne, médecin de l'hôpital de Manosque.

Voilà vingt ans du fait que je viens de rapporter, et j'étais toujours à attendre quelques nouveaux cas pour faire connaître mon appareil, découragé que j'étais, d'ailleurs, de l'accueil fait généralement à de semblables machines, lorsque l'étude attentive du bel ouvrage de M. le professeur Malgaigne m'a enfin déterminé à présenter aux lecteurs du *Bulletin de Thérapeutique*, mon observation et mon ambi.

Je dis que c'est l'étude attentive de l'ouvrage si complet de M. Malgaigne qui m'a enfin décidé à rompre le silence, parce que j'ai reconnu dans l'exposition de ce travail, dans l'inventaire à peu près complet qu'il fait de tous les cas, de toutes les indications, de tous les procédés, que mon ambi, mieux qu'aucune autre machine connue jusqu'ici, remplissait toutes les indications, en se prêtant à toutes les combinaisons, à toutes les ressources des meilleurs procédés.

Je dis encore que c'est au livre de M. Malgaigne que je dois le courage de présenter mon ambi, même avec un seul succès, parce que, si l'habile professeur avait pu décourager mon amour-propre par ses paroles : « Avis à ces inventeurs en mécanique qui n'ont « guère chance de faire mieux que leurs devanciers, et qui n'ont pas « pour faire prévaloir leur invention l'autorité du génie ; qu'ils se « souviennent de la machine de J.-L. Petit » (Ouvr. cité, t. II, p. 94), il m'a encore donné la confiance que je pouvais être utile, en me fortifiant dans la conviction que ce n'était que par des machines qu'on pouvait sérieusement espérer de l'être. En effet, à la même page, comme pour détruire les paroles précédentes, il dit : « Pourquoi donc les machines n'obtiendraient-elles pas une préfé« rence si justement méritée? On ne peut que déplorer cette dispo« sition d'esprit ! »

Tout cela, lorsque le professeur a déjà dit, à la page 92 : « Au « total, dans la chirurgie, comme dans les arts, jamais on n'obtient « de la main des hommes une force aussi souple, docile, régulière,

(¹) Suite et fin. —Voir la livraison précédente, p. 207.

« que celle que donne une machine bien faite; » et, après s'être exprimé comme il suit pour combattre Boyer qui préférait les aides : « Jamais peut-être rien n'avait été dit en médecine opératoire, « d'aussi contraire à la réalité. Déjà Boyer lui-même confessait que « les aides agissent rarement de concert, et procèdent le plus sou- « vent par secousses. Aussi en veut-il d'intelligents, et où trouver, « selon le besoin, quatre, six, huit aides ayant l'intelligence de leurs « œuvres ? Quant à l'estimation approximative de leurs forces, c'est « une présomption prodigieuse à une époque où l'on ne s'était pas « même demandé quelle était la force moyenne d'un aide employé « à l'extension. » (*Ibid.*, p. 91.)

Ces paroles nous conduisent à la question du dynamomètre et au cas qu'en fait M. Malgaigne. Or, rien de plus facile que d'adapter cet instrument au-dessous de notre attelle, entre les deux espèces de courroies de préhension brachiale et antibrachiale. Mais la mesure de la force à laquelle auront cédé les muscles et les ligaments n'aura jamais aucun but dans la pratique, parce qu'avec le dynamomètre on ne pourra jamais indiquer à l'avance le degré de résistance particulière des tissus de chaque individu. Le professeur que je cite est trop judicieux pour ne pas s'en être aperçu, car il ajoute : « Sans doute, « c'est bien moins la notion précise du chiffre de la force qui im- « porte que le rapport de cette force avec la résistance des tissus ; « et le chirurgien, pour juger s'il doit suspendre ou augmenter la « traction, doit consulter beaucoup plus la tension des muscles et « des téguments que l'aiguille incompétente du dynamomètre. » (P. 92.)

Maintenant, mon ambi, qui à tant d'autres avantages joint celui de la vis, que préfère M. Malgaigne, pourrait-il être rejeté par ce fait même, comme certaines machines d'Ambroise Paré, de Lamzwurde, « qui offraient malheureusement, dit-il, une limite au champ de « l'extension, par la longueur de la vis, qui ne saurait être bien con- « sidérable ? » (P. 81.)

Mais la chose est impossible pour mon ambi dont l'attelle et la vis mesurent une longueur de 1^{m},15, que l'on pourrait encore de beaucoup allonger, celle du déploiement du tiroir étant de 22 centimètres, degré d'extension dont je suis resté fort loin, quoique le dernier sujet fût d'une taille élevée.

Non, quoi qu'en dise le savant professeur, les motifs qui ont fait rejeter les machines connues jusqu'ici ne résident pas dans leur défaut de puissance pour l'extension, mais dans leur roideur invariable ; ils résident dans leur cherté, dans la rareté des cas qui les

exigent ! Je suis donc fondé à soutenir qu'il n'y a plus que de mauvais vouloirs à opposer à certaines machines chirurgicales, et comme j'ai pensé que la mode de récriminer contre elles était passée, maintenant que l'on voit les prodiges des machines à vapeur, des télégraphes électriques et de la photographie, j'ai cru qu'il était temps de faire autant d'efforts pour les maladies de l'homme, que le commerce, les arts et l'industrie en déploient pour ses besoins et son agrément.

Que serait la chirurgie moderne, si on avait continué à rejeter les machines? Est-ce que la lithotripsie, l'orthopédie, la prothèse des membres ne doivent pas tout à la mécanique? N'est-ce pas à elle que l'on doit les instruments les plus perfectionnés, assurant et simplifiant la pratique des opérations? Les lithotomes, les urétrotomes, les écraseurs, etc., ne sont-ils pas des machines?

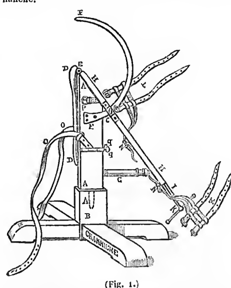
D'ailleurs, dans la circonstance, nous n'avons pas la liberté du choix. S'il est dangereux de déployer dans les luxations anciennes des forces trop grandes; si, par contraire, il y a quelque chance de vaincre à la longue, par la persistance de l'action, la contractilité musculaire ou la rigidité ligamenteuse, quels autres moyens que les machines pourront soutenir assez longtemps et assez invariablement cette action? De plus, si aujourd'hui la section ligamenteuse est à peu près abandonnée, comme dangereuse pour l'intégrité même du membre, quelle autre ressource que celle des machines invoquera-t-on contre les luxations invétérées? Sans doute, je ne prétends pas être parvenu au dernier terme de la perfection; mais j'ai la conviction d'avoir fait un grand pas sur mes devanciers, en imaginant une machine qui déploie autant de force que celles qui l'ont précédée, et qui a sur elles l'avantage tout nouveau de se prêter à la direction de tous les mouvements de l'articulation scapulo-humérale; une machine qui donne le moyen, en pouvant faire coucher le malade, pendant qu'il est sous les tractions, de profiter de la meilleure condition du relâchement musculaire, et enfin de fixer, mieux qu'on n'avait pu le faire, l'omoplate, dont la mobilité est véritablement, et au dire des praticiens les plus exercés, l'obstacle capital à la réussite.

Fig. 1. *L'ambi complet armé de ses courroies extensives et contre-extensives.*
A, A, le poteau et son pivot, tournant dans la base B.

C, sorte de cheville sur laquelle le chirurgien peut mettre le pied pour faire tourner l'ambi en avant ou en arrière, pendant que ses mains sont occupées ailleurs: ce qui n'empêche pas de faire également tourner le poteau sur son pivot, au moyen de l'attelle elle-même, H, H.

D, D, pièce de bois surajoutée au poteau, arrondie sur sa face libre, ainsi

que son extrémité supérieure terminée en pommeau ou talon, afin que la surface que cette partie présente au tronc se moule dans l'aisselle, y tourne en tout sens, en même temps que sur le côté du corps convexe aussi, sur lequel elle appuie pour la contre-extension. De cette manière, la direction donnée à l'extension, en avant et en arrière, s'exécute sans que l'omoplate soit entraînée dans cette direction, le mouvement de rotation s'effectuant par cette surface arrondie sur le côté du corps et dans l'aisselle. Seulement, comme cette partie arrondie de l'ambi appuie par une petite étendue sur le côté également arrondi et pourrait rendre sa pression pénible dans une application prolongée, on peut mettre, entre ces deux surfaces, arrondies en sens contraire, du corps et de l'ambi, un coussin carré, qui n'empêche pas les mouvements de rotation, parce qu'il y fait l'office de ces cartilages diarthrodiaux que l'on rencontre aux articulations du genou et de la mâchoire inférieure. Il importe seulement de faire attention que ce coussin ne se prolonge pas au-dessus du sein, pour ne pas comprimer les muscles grand pectoral, grand rond et sous-épineux, qui seraient alors tiraillés en sens contraire de l'extension, ce que nous avons voulu éviter précisément, en terminant cette surface en pommeau et la faisant entrer dans le creux de l'aisselle. Avec cette précaution, le coussin interposé ne sera qu'utile, en nivelant le côté du corps dans le vide qui forme la base de la poitrine avec la hanche.



(Fig. 1.)

Il n'est pas nécessaire de garnir le pommeau lui-même de linge, à peine pourrait-on le revêtir d'une feuille de coton en rame, parce qu'il présente une forme arrondie et polie, qui, se moulant exactement dans le creux de l'aisselle, appuie partout et peut y tourner en tout sens. Cette extrémité est même un peu plus saillante que la surface supérieure de l'attelle extensive, abaissée, afin que dans l'abaissement de celle-ci, la saillie de l'autre, répondant directement à la tête humérale, aide au mouvement de bascule, c'est-à-dire à pousser en haut l'extrémité de l'os dans sa cavité articulaire.

E, charnière permettant les mouvements d'élévation à tous les degrés de l'attelle extensive, ainsi que son mouvement d'abaissement, limité toutefois par le biseau de l'extrémité supérieure du poteau.

F, F, arc de cercle en fer, servant à graduer les mouvements d'élévation et d'abaissement de l'attelle extensive.

G, vis de pression sur l'arc de cercle pour fixer l'attelle dans la position horizontale, comme à tous les degrés d'élévation et d'abaissement.

H, H, la partie femelle de l'attelle extensive.

I, son tiroir ou sa partie mâle.

L, les courroies brachiales venant se boucler au-dessous du tiroir ou partie mobile de l'attelle extensive, pour assurer le bras au-dessus du coude.

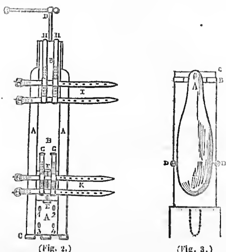
M, pareilles courroies se réfléchissant sur l'extrémité extérieure de cette même partie de l'attelle extensive, pour multiplier la préhension et toujours mieux assurer l'extension, au-dessus du poignet.

N, N, les quatre boucles répondant aux quatre courroies, placées en-dessous de la partie mobile de l'attelle pour ne pas gêner le bras, et permettant d'accommoder ces courroies préhensives à toutes les longueurs des différents membres.

O, O, courroies antérieures et postérieures assurant la contre-extension et l'immobilité de l'omoplate, et fixant le tronc au poteau, pour empêcher que le malade en se relevant paralyse l'action de l'attelle extensive.

Q, Q, clavettes en fer, répondant chacune à une charnière qu'elles ouvrent ou ferment à volonté, afin de briser le poteau au niveau de la hanche, à droite ou à gauche, suivant le bras sur lequel on opère, et permettre l'inclinaison de la machine pour coucher le malade pendant qu'il est soumis à son action.

Fig. 2. *Attelle extensive, isolée du poteau et vue par sa face supérieure sur laquelle repose le bras.*



(Fig. 2.) (Fig. 3.)

A, A, A, la partie femelle de l'attelle, recevant dans sa coulisse le tiroir ou soit la partie mâle de cette attelle.

B, B, cette même partie mâle ou tiroir jouant dans la coulisse de la précédente.

C, charnière qui unit cette attelle à la partie supérieure du poteau, même à l'extrémité du biseau que celui-ci présente.

D, D, la vis extensive traversant tout le tiroir, planche mobile ou portion mâle de l'attelle.

E, sorte de gond sur lequel appuie et roule l'extrémité interne de la vis.

F, écrou fixé à l'extrémité interne de la partie mobile de l'attelle, et par conséquent entraînant forcément celle-ci en dehors, au moment que progresse la vis, retenue à son autre extrémité.

G, G, trou pratiqué sur le tiroir de l'attelle pour laisser passer les courroies brachiales, qui vont se boucler au-dessous et en dehors de ces trous.

H, H, courroies se réfléchissant sur l'extrémité externe de l'attelle mobile, après s'être bouclées en dessus et en dedans.

I, courroies transversales pour embrasser l'avant-bras et assurer la préhension au-dessus du poignet.

K, autres courroies transversales pour embrasser le bras et assurer la préhension au-dessus du coude.

1, 2, 3, 4, trous pour le passage des courroies transversales, lorsqu'on veut fixer le bras pour les luxations du coude.

Fig. 3. *Face thoracique de l'ambi.*

A, A, la pièce de bois surajoutée, arrondie partout et plus saillante en haut, où elle se termine en pommeau pour se mouler dans le creux de l'aisselle.

B, la charnière de l'attelle extensive.

C, le bord interne ou axillaire de cette attelle.

D, D, les charnières au niveau de la hanche pour incliner le haut de l'ambi, lorsqu'on veut faire coucher le malade. Au moyen de la disposition de cette face thoracique :

1° La partie supérieure entre dans l'aisselle et ne comprime pas les muscles qui en forment le creux et qui, de la poitrine ou de l'épaule, vont s'attacher au bras. Ce pommeau immobile, quoique de niveau avec l'attelle extensive, lorsqu'elle est horizontalement placée, cesse de l'être lorsqu'elle s'abaisse ; de sorte qu'alors celui-ci fait une légère saillie qui aide à la bascule, en repoussant directement en haut la tête de l'os.

2° Le tout étant, comme je l'ai dit, transversalement arrondi, exécute facilement un mouvement de rotation dans l'aisselle et sur le côté du thorax, lors du mouvement de l'ambi en avant ou en arrière, pour les tractions suivant ces directions.

Fig. 4. *L'ambi appliqué et exécutant une extension verticale.*

Détail des moyens d'extension et de contre-extension.

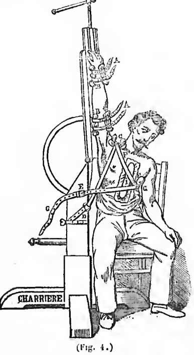
A, A, courroies transversales brachiales et anti-brachiales assurant la préhension et pouvant être serrées très-fortement sans inconvénients, au moyen des coussinets interposés.

B, B, B, B, ces coussinets, qui sont tout simplement des compresses ou des serviettes fines, ou des mouchoirs, garnis de coton en rame, facilitent par le peu d'élasticité qu'ils présentent, le resserrement des courroies et permettent la *striction* (1) à un degré énergique, sans trop d'inconvénients, en ayant soin de disposer ces coussinets sur les bords radiaux et cubitaux des membres, afin

(1) Mot que j'ai créé pour certain besoin du langage, à l'occasion de mes appareils de fracture (de *stringo*, je resserre en tout sens, j'étreins).

que la pression ne porte pas à la partie interne et antérieure par où passent les nerfs et les vaisseaux.

C, C, courroie antérieure, partant de l'anneau D où elle se meut, de manière à mieux se prêter à la direction qu'on veut lui donner, c'est-à-dire remonter vers l'épaule pour aller fixer l'omoplate en passant sur l'acromion, puis croisant le dos afin de venir passer sur le côté oppposé, traverser directement la poitrine, et finalement se boucler au point E.



(Fig. 4.)

F, F, courroie postérieure apparaissant sur l'épaule, venant croiser le devant de la poitrine et passer encore sur le côté du corps, où elle croise de nouveau l'antérieure, pour se porter de là transversalement derrière le dos et aller directement aussi se fixer à une boucle de l'ambi, à un point répondant exactement au point E antérieur.

G, G, coussinets pareils à ceux du bras et placés l'un sur l'épaule, l'autre sur le côté où portent les entrecroisements des courroies C, C.

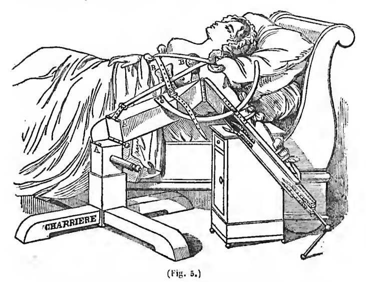
I, attelle munie d'un petit coussin, placé au-devant de la poitrine et du ventre, maintenue par la pression des courroies et empêchant que le malade se soustraye à l'action de celle-ci sur l'épaule, en ployant son corps. D'ailleurs, ce mouvement est moins à craindre qu'en fixant l'épaule par des serviettes, comme je le faisais avant, et bien moins surtout que, comme l'a conseillé M. Rigal de Gaillac, en attachant les chefs de la serviette à la chaise, parce qu'alors le corps, en se pliant, se soustrait tout à fait à la pression.

Ici la pression de l'entrecroisement des courroies sur le côté, en appliquant

le corps contre le poteau, empêche déjà ce mouvement, rendu d'autant plus difficile que c'est la même force qui agit en même temps sur l'épaule et sur le côté.

D'où il suit que l'immobilité du corps ou la contre-extension est aussi bien assurée que celle de l'omoplate, toutes deux si essentielles à l'action de l'extension et partant au succès. En effet, si par la flexion du corps la pression de l'omoplate diminuait, celle du côté augmenterait, etc.

Fig. 5. L'ambi s'inclinant pour le bras gauche, au moyen de sa charnière A, A, dont la clavette est enlevée. La contre-extension et l'extension sont tout de même continuées, le malade étant couché dans son lit, alors que les muscles sont dans la plus grande résolution et offrent le moins de résistance. J'ai figuré ici une femme, pour montrer que le sein peut être parfaitement abrité par les coussinets B, B, qui font porter à faux les courroies. Avantage réel, qui ne se rencontrerait pas également peut-être dans tout autre procédé, puisque, dans un cas, Marjolin fut obligé de préserver le sein en interposant sa main, qui fut excoriée.



(Fig. 5.)

Mouvements de l'ambi et la manière de les exécuter.

On vient de voir qu'au moyen de l'articulation par charnière de l'attelle sur le poteau et de l'arc de cercle qui sert de graduation à ce mouvement de compas, on peut pratiquer l'extension du bras à tous les degrés d'élévation et d'abaissement. De plus, en lâchant tout à fait la vis de pression de cet arc, et en saisissant avec la main droite l'extrémité de la vis extensive qui termine l'attelle, on exécute facilement tous les mouvements de circumduction dans toute l'étendue désirable, parce qu'alors, la charnière de l'attelle et le pivot, jouant en même temps, l'une permet les mouvements de haut en bas, pendant que l'autre exécute ceux d'avant en arrière. D'où il suit que ces mouvements se trouvent combinés, et que, dans leur concordance, ceux de la circumduction se produisent.

Seulement, et ceci est une chose essentielle à remarquer pour la pratique, c'est que, si les courroies contre-extensives étaient très-serrées et que les mouvements de circumduction imprimés fussent très étendus et très-rapides, le malade lui-même serait légèrement entraîné. Dans ce cas-là, il faut quelquefois relâcher un peu ces courroies et faire maintenir le malade et l'omoplate par des aides. Mais alors toute sorte d'aides suffit, et dans toutes les autres circonstances le chirurgien, avec son ambi, peut agir seul, ce qui n'est pas un des moindres avantages de notre instrument, lorsque, dans les luxations anciennes, il faut soumettre le malade à des extensions répétées, extensions qui, je le redis en terminant, me paraissent être le seul moyen pour vaincre peu à peu et sans danger la rétraction musculaire et ligamenteuse, contre laquelle la violence d'une force subite ou la section sous-cutanée sont souvent aussi inefficaces que dangereuses.

Il suit de là qu'avec mon ambi, on aura toujours la chance de remédier sans danger aux luxations difficiles et anciennes; car, alors même qu'on ne réussirait pas entièrement à faire rentrer l'os dans sa cavité articulaire, on rendrait au membre une telle liberté dans ses mouvements, qu'il remplirait presque complétement ses fonctions, comme dans le cas de notre premier sujet.

Un mot sur les luxations anciennes du coude en haut et en arrière.

Les luxations récentes du coude que j'ai été appelé à soigner, ayant cédé à des manœuvres simples, et les anciennes datant de trop loin pour que les malades ou moi voulussions en tenter la réduction, il ne m'a jamais été donné d'expérimenter mon ambi dans ces circonstances. Mais, comme un instrument est d'autant plus précieux, qu'il peut être applicable à une plus grande diversité de cas, je ne dois pas omettre que celui-ci pourrait être encore très-utile dans certaines luxations du coude, et particulièrement dans les luxations en haut et en arrière. Je ne décrirai que son mode d'application pour celles-là, laissant au chirurgien le soin de modifier le procédé, s'il arrivait qu'on pût juger mon ambi favorable à d'autres espèces de luxations de cette articulation.

Pour les luxations en haut et en arrière donc, il suffirait d'enlever du tiroir les courroies brachiales longitudinales et d'utiliser les transversales de la manière suivante : passer l'une de ces courroies aux trous 1 et 2, et l'autre aux trous 3 et 4, figurés sur la partie femelle, immobile, de l'attelle extensive (planche 1, figure 2). Alors, avec un coussinet convenable et une attelle placée à la partie antérieure du bras, le long du biceps, on serre les courroies sur le bras et la petite attelle surajoutée, de manière qu'il se trouve solidement et invariablement attaché contre la partie immobile de l'attelle extensive, après encore que le tronc a été fixé au poteau de l'ambi, comme pour les luxations de l'épaule.

La contre-extension étant donc bien assurée par l'aisselle, le tronc et l'invariabilité de tout le bras, particulièrement par l'attelle ajoutée jusqu'à l'extrémité inférieure de l'humérus, on attache l'avant-bras au-dessus du poignet comme dans les autres circonstances, au tiroir mobile, et alors la vis, en agissant, fait porter l'effort extensif sur le coude.

Toujours la force extensive est aussi lente, aussi douce et aussi forte qu'on peut le désirer. Comme dans les luxations de l'épaule, on peut multiplier les séances, prolonger l'extension, profiter de la faculté de faire coucher le malade avec l'ambi, pendant qu'il est soumis aux tractions, et enfin, on peut, très-commodément, ajouter à celles-ci la courroie d'Ambroise Paré, pour agir directement sur l'olécrâne.

Il suffirait d'une courroie assez longue pour passer en dessous et en dessus du tiroir mobile, de manière qu'elle pût appuyer sur l'olécrâne et sur le bord libre du tiroir près de la vis. Seulement, quoi qu'en dise Paré et même M. Malgaigne, je crois que cette courroie doit souvent glisser sur l'olécrâne, à moins de faire des tractions très-indirectement en dedans, ce qui doit décomposer la force et nuire à son action.

Pour éviter cet inconvénient, je voudrais la matelasser d'une petite pelote à l'endroit qui porterait sur l'olécrâne, et la munir d'une autre courroie, cousue ou ficelée à ce même point, pour embrasser ensuite la partie inférieure du bras. Cette courroie transversale ne faisant alors qu'un tout avec la longitudinale, devrait être assez lâche pour ne pas nuire à la progression de cette dernière, et assez serrée pour la maintenir appliquée au-dessus de l'olécrâne, de manière à l'empêcher de glisser et de franchir la sorte d'escalier qu'elle forme par son déplacement.

Par cette disposition, la vis, en entraînant le tiroir, entraînerait tout, c'est-à-dire, ferait porter l'extension, à la fois sur l'avant-bras au-dessus du poignet et directement sur l'olécrâne par la longue courroie, tandis que, avec cette action doublement directe, si, au moment de la coaptation, on voulait profiter du bénéfice de la bascule, il n'y aurait qu'à déboucler les courroies extensives longitudinales, au-dessous du tiroir, en faire saisir les bouts par un ou plusieurs aides, qui, fléchissant aussitôt l'avant-bras, feraient rentrer le cubitus dans la poulie humérale, celle-ci étant toujours maintenue invariablement par les courroies et les attelles qui fixent le bras. Ce serait ainsi utiliser, avec tous ses détails et peut-être plus d'avantages, parce qu'il y aurait plus de fixité d'une part, plus de puissance

de l'autre, toujours plus de continuité d'action, le procédé auquel M. Malgaigne donne la préférence à la page 593, t. II.

Mais je m'arrête là. L'observation directe ne m'ayant rien appris sur ce sujet, il suffit d'avoir montré par un simple aperçu le parti qu'on pourrait encore tirer de mon ambi, en pareil cas.

CHIMIE ET PHARMACIE.

Note sur les meilleurs dissolvants des calculs biliaires, et spécialement du chloroforme.

Par M. Gobley, membre de l'Académie de médecine.

Depuis que M. Chevreul a démontré l'action chimique que l'éther exerce sur la cholestérine, les médecins se sont occupés d'étudier la puissance de dissolution des autres agents médicamenteux dont l'expérience clinique a prouvé les bons effets dans les cas de calculs biliaires. Ainsi, Martin Solon, dans une note sur le traitement de Durande (t. XXXVI, p. 297), a rendu compte des essais chimiques qu'il avait tentés avec l'éther et l'huile essentielle de térébenthine séparément, puis mélangés. M. Gobley vient de reprendre à son tour cette étude, et nous reproduisons la partie de son travail qui a trait à ce point de la question chimique. L'on verra que ses résultats viennent confirmer les conclusions formulées récemment dans ce journal, par M. Bouchut (Voir p. 49). Désormais les praticiens devront donner la préférence au chloroforme sur l'éther dans le traitement des calculs biliaires, puisque le chloroforme jouit d'une action à la fois antispasmodique et lithontriptique plus puissante. Voici les expériences de M. Gobley.

Un calcul, du poids de 0gr,46, a été mis en contact avec 5 grammes d'éther sulfurique. Le calcul a gagné la partie inférieure du liquide, et après vingt-quatre heures, il y a eu désagrégation complète.

Un autre calcul, pesant 0gr,55, a été placé dans un flacon avec 5 grammes d'essence de térébenthine. Au bout de vingt-quatre heures, il s'était détaché une couche de matière colorante, et il restait un noyau blanc très-volumineux qui ne s'est désagrégé d'une manière complète qu'après quarante-huit heures de contact. La cholestérine avait été dissoute, comme dans l'expérience précédente.

Un calcul, du poids de 0gr,31, a été mis en contact avec un mélange de trois parties d'éther et deux parties d'essence de térébenthine (remède de Durande). La désagrégation a eu lieu au bout de vingt-quatre heures.

Ainsi, la désagrégation des calculs biliaires a été plus prompte dans l'éther que dans l'essence de térébenthine, et plus rapide avec le premier de ces dissolvants qu'avec leur mélange. Examinons maintenant l'action de quelques autres liquides sur les graviers biliaires.

Un calcul du poids de 0gr,57, a été mis en présence d'une dissolution de bicarbonate de soude contenant un dixième de son poids de ce sel. Au bout de huit jours, le calcul avait cédé une petite quantité de matière colorante, mais il n'avait éprouvé aucune autre altération. Après trois mois, il n'avait subi aucun changement sensible.

Un autre calcul, pesant 0gr,47, a été placé dans une solution saturée de sous-carbonate de soude. La liqueur s'est légèrement colorée en vert; mais, après trois mois, il ne s'était produit aucun changement.

Un calcul, du poids de 0gr,55, a été mis en contact avec de l'eau de savon; comme dans les deux cas précédents, le liquide a pris une légère teinte verdâtre, mais le calcul n'a subi aucune altération.

Après avoir constaté que les alcalis avaient une action moins puissante que l'éther et l'essence de térébenthine ou que leur mélange, j'ai cherché s'il n'existait pas d'autres dissolvants dans lesquels la désagrégation fût plus prompte; j'ai alors essayé les liquides suivants :

Un calcul, du poids de 0gr,32, a été mis en présence de l'huile d'amandes douces. Le calcul est tombé au fond du vase. Après huit jours, pas d'action sensible, seulement une petite quantité de matière colorante se sépare. Après quinze jours, et même après deux mois, pas de changement sensible.

Un deuxième calcul, pesant 0gr,44, a été placé dans un flacon avec de l'huile de naphte. Après quarante-huit heures, le calcul s'est divisé en trois parties, mais ce n'est qu'au bout de douze jours que la désagrégation a été complète. (On sait que l'huile de naphte est souvent employée en Allemagne.)

Un troisième calcul, du poids de 0gr,53, placé dans la benzine, a été désagrégé au bout de huit heures trente minutes.

Un quatrième, pesant 0gr,36, mis en contact avec l'amylène, a éprouvé une désagrégation complète après six heures de contact.

Un cinquième calcul, pesant 0gr,47, placé dans le sulfure de carbone, a été désagrégé d'une manière complète au bout d'une heure quarante minutes de contact. Le calcul se tenait à la partie supérieure du liquide, qui s'est coloré presque immédiatement.

Enfin, un sixième calcul, du poids de 0gr,57, mis en contact avec du chloroforme, a été désagrégé en moins d'une heure vingt minutes. Le calcul s'était partagé très-promptement en plusieurs noyaux blancs qui n'ont pas tardé à disparaître. Le liquide, à la surface duquel nageait le calcul biliaire, avait pris rapidement une couleur jaunâtre.

Dans toutes ces expériences, la cholestérine entrait toujours en dissolution dans le liquide, et elle pouvait être obtenue parfaitement

blanche. La matière colorante et le mucus restaient indissous.

Ne résulte-t-il pas des nombreux essais auxquels je me suis livré que le chloroforme est l'agent le plus puissant pour dissoudre les calculs biliaires, et qu'on doit le préférer à l'éther, à l'essence de térébenthine, et aux autres liquides que j'ai indiqués plus haut? Il peut être administré dans une potion, ou mieux en sirop, sous la même forme que le sirop d'éther.

Il est bien entendu que je n'ai pas la prétention de décider ici la question de savoir s'il est réellement utile d'introduire dans l'appareil digestif des liquides dissolvants de la cholestérine, dans l'espoir de dissoudre des graviers contenus dans les voies biliaires. Mais, en admettant que l'opinion défendue par un certain nombre de médecins soit fondée, j'ai simplement cherché à mettre à leur service le plus commode et le plus sûr de ces agents, qui peut d'ailleurs, aussi bien que l'éther, exercer sur ces conduits l'action antispasmodique à laquelle on a attribué quelquefois les succès obtenus à la suite de son administration.

Recherche de l'iode dans les urines des malades soumis aux frictions par la pommade d'iodure de potassium iodurée, dans la clinique de M. le professeur Delioux, à Toulon.

Par M. Castain, pharmacien de la marine.

Premier essai affirmatif. — Intervention de la potasse pour la fixation de l'iode. — La recherche de l'iode dans les urines comprend trois opérations principales : l'évaporation des urines à siccité; la calcination du résidu résultant de cette évaporation ; le traitement par l'amidon et l'hydrochlore.

1° On recueille 1,000 grammes dans les urines sécrétées dans l'espace de vingt-quatre heures. On prend 500 grammes de ces urines, qu'on additionne de 2 grammes de potasse caustique ou mieux de potasse à l'alcool, et qu'on fait évaporer au bain de sable dans une capsule de porcelaine lavée avec l'eau distillée. L'addition préalable de la potasse a pour but de fixer l'iode. Si ce soin était omis, on serait exposé à ne pas trouver la moindre trace d'iode dans des urines qui en contiendraient des quantités même notables. Les vapeurs de l'urine pendant l'évaporation entraîneraient, par un moyen purement mécanique, sinon tout l'iode, du moins la plus grande partie. La petite quantité qui pourrait rester dans le résidu de l'évaporation serait entièrement éliminée pendant la calcination.

2° Le résidu charbonneux, parfaitement sec, est introduit dans un creuset de petite capacité et placé au milieu d'un brasier ar-

dent. La chaleur doit être telle que le creuset soit rouge dans toutes ses parties, durant quatre heures au moins. A ce moment de la calcination, toute la matière doit être à l'état de fusion et réduite environ au cinquième de son volume primitif. Après le refroidissement, elle doit être parfaitement friable, et la couleur noire intense doit avoir fait place à une couleur grise cendrée. Si la matière ne remplissait pas toutes ces conditions, il serait de la plus grande importance pour le résultat de l'opération de continuer encore la calcination quelques heures, toutes les particules organisées devant être détruites, pour qu'elles ne puissent s'opposer à l'effet des réactifs.

3° Tout le travail se réduit ici à pulvériser une petite quantité de la matière qui occupe le fond du creuset, à la dissoudre dans de l'eau distillée, à filtrer et à faire réagir l'amidon et l'hydrochlore sur l'iodure de potassium qui a dû se former pendant la calcination.

Pour obtenir la coloration bleue caractéristique de l'iode sur l'amidon, on verse dans la liqueur soumise à l'examen la décoction d'amidon d'abord, l'hydrochlorure ensuite. Si les urines contiennent de l'iode, la coloration apparaît alors dans toute sa beauté. Si l'on ajoutait à la liqueur l'hydrochlore le premier, on obtiendrait une couleur bien moins intense, et s'il était en trop grand excès, la couleur ne se produirait point.

Il arrive fréquemment que, lorsqu'on verse l'hydrochlore dans la liqueur, il se produit une coloration bleue très-légère et fugace, qui apparaît sous la forme d'un petit nuage et disparaît aussitôt sa formation; c'est en vain qu'on chercherait à le reproduire en continuant à verser de l'hydrochlore. Ce phénomène tient à ce que l'iodure d'amidon perd sa coloration bleue en présence d'un excès de chlore. Dans les opérations délicates, il est très-important de se tenir en garde contre cet échec de nature à faire affirmer que des urines contenant de l'iode en sont privées. On obvie toujours à cet inconvénient en faisant l'expérience suivante :

On plonge dans la liqueur où l'on a aperçu ou cru apercevoir la légère teinte bleue, une lame de zinc, et l'on verse quelques gouttes d'acide sulfurique (un excès ne saurait nuire). Si la liqueur contenait de l'iode, on ne tarderait pas à apercevoir la coloration propre à ce corps en présence de l'amidon. Ce fait trouve une explication facile. On n'ignore pas que c'est à la présence d'un excès de chlore que l'iodure d'amidon doit la propriété de perdre sa couleur. L'acide sulfurique et la lame de zinc, par leur action décomposante sur l'eau, ont pour effet de saturer cet excès de chlore qui masque la

réaction. On sait de plus que l'acide sulfurique décompose l'eau en ses éléments oxygène et hydrogène. Le premier de ces gaz se porte sur le zinc pour former de l'oxyde de zinc, lequel s'unit à l'acide sulfurique pour donner naissance à du sulfate de zinc ($ZnO\ SO^3$). L'hydrogène devenu libre se porte sur l'excès de chlore pour le transformer en acide chlorhydrique, dont l'action est nulle sur l'iodure d'amidon. Voici la formule explicative :

$$HO + Zn + SO^3 + Cl + \text{iodure d'amidon incolore.}$$
$$= ZnO\ SO^3 + ClH + \text{iodure d'amidon coloré.}$$

Il n'est pas sans importance de s'assurer également de la pureté de la lame de zinc et de l'acide sulfurique qui, dans certains cas, pourraient bien contenir de l'iode et induire en erreur. On place ces deux corps dans un verre à expérience avec un peu d'eau, de la décoction d'amidon et de l'hydrochlore. Si l'un des corps contenait de l'iode, la couleur bleue se manifesterait bientôt. Dans ce cas, il faudrait rechercher si l'un des corps contient de l'iode, ou si tous les deux en sont pourvus à la fois, et faire une série d'opérations successives, soit en faisant réagir l'un après l'autre différents acides sur une même lame de zinc, soit plusieurs lames de zinc sur une même quantité d'acide éprouvé, jusqu'à ce qu'on se fût assuré de leur pureté.

La potasse qui sert à fixer l'iode doit être surtout examinée avec soin. On en fait dissoudre une petite quantité dans de l'eau, qu'on traite par l'amidon et l'hydrochlore en grand excès. Si la potasse est exempte d'iode, la solution reste parfaitement transparente, même après l'intervention de la lame de zinc et de l'acide sulfurique.

Quand on a suivi avec soin tous ces détails de l'opération, on ne saurait émettre le moindre doute sur l'origine de l'iode que l'on aurait décelé dans les urines. C'est ce que je me suis efforcé de faire dans cet essai ; c'est aussi ce qui me permet d'affirmer, avec la certitude la plus grande, que l'iode découvert provenait bien des urines, et non des réactifs employés ou des vases mis en usage qui tous ont été parfaitement lavés avec de l'eau distillée, soumise elle-même à l'épreuve.

Deuxième essai négatif. — Non-intervention de la potasse. — Dans ce nouvel essai, j'ai pris 500 grammes des mêmes urines qui m'avaient servi précédemment et m'avaient conduit à un résultat affirmatif ; je les ai traitées comme les premières, mais sans faire intervenir la potasse, et en m'efforçant par ailleurs de me renfermer strictement dans les mêmes conditions d'expérience, en ne

négligeant aucune des précautions qui avaient entouré la première opération.— Cette fois, je n'ai pu découvrir la moindre trace d'iode dans les urines qui, cependant, en contenaient avant l'opération.

L'absence de l'iode dans ce résultat final prouve évidemment que ce métalloïde a été transporté par la vapeur des urines, ou tout au moins expulsé lors de la calcination. Elle prouve aussi, contrairement à l'affirmation de quelques auteurs, qu'il ne s'était pas uni au sodium, ni au potassium qui entrent dans la constitution des urines. C'était facile à prévoir, en se fondant sur les propriétés de l'iode à l'égard du chlore, du soufre, du phosphore, du sodium et du potassium, seuls corps avec lesquels il puisse entrer en jeu, soit au moment de l'évaporation, soit au moment de la calcination. Nous savons que le chlore est fixé dans les urines par le sodium à l'état de chlorure de sodium, le soufre à l'état de sulfate de potasse et de sulfate de soude, le phosphore à l'état de phosphate de soude.

L'iode étant électro-positif par rapport au chlore, et son affinité pour le sodium, moins grande que celle de ce gaz, il est évident qu'il ne saurait le déplacer de la combinaison pour le substituer à lui. L'inverse a toujours lieu.

Le même raisonnement ne peut expliquer pourquoi l'iode ne s'unit pas au sodium et au potassium des sulfates de potasse et de soude, ou du phosphate de soude; mais on en trouve une qui satisfait l'esprit et qui est d'accord avec les faits.

L'iode, contrairement à ce qui se passe avec le chlore, est électro-négatif, par rapport au soufre et au phosphore, et conséquemment semblerait devoir expulser ces deux métalloïdes de leurs combinaisons. Cependant il n'en est rien. Cela tient à ce que l'excédant de la puissance électro-négative de l'iode sur celle du soufre et du phosphore n'est pas suffisant pour le faire triompher de l'affinité plus grande de ces corps pour le sodium et le potassium. De plus, la chaleur ne peut séparer le soufre et le phosphore du sodium et du potassium, même à une température excessivement élevée, les sulfates et les phosphates alcalins étant fixes. La décomposition, d'ailleurs, se fût-elle effectuée, qu'à ce moment de l'opération tout l'iode serait entièrement expulsé, puisque ce corps entre en ébullition à 180 degrés et se volatilise rapidement.

Il est bien prouvé, ce me semble, que l'iode ne peut, dans aucun cas, se combiner au potassium ou au sodium qui font partie constituante des urines.

De ces diverses expériences et de ces raisonnements, on est amené à tirer les conclusions suivantes : 1° Que l'iode, administré par les

méthodes iatraleptique ou endermique est absorbé, entraîné par le torrent circulatoire et excrété par l'appareil urinaire, en même temps que les urines ; 2° qu'il se retrouve dans ce liquide, soit libre et à l'état de division extrême, soit combiné avec la matière organique ainsi que quelques auteurs l'ont pensé.

Un mot sur le lactate de fer. — Observation chimique.

On sait que le sucre de canne a la propriété de réduire quelques oxydes métalliques, et que certains sels ne sont pas exempts de cette décomposition.

En 1843, nous écrivions dans le *Bulletin de Thérapeutique*, que le sucre de canne mis en contact avec le sous-nitrate de bismuth, éprouve dans sa composition des modifications telles que ce phénomène devait fixer l'attention des chimistes ; M. Boetter a répondu à notre appel, en faisant servir ce sel comme réactif pour reconnaître la présence du sucre dans l'urine des diabétiques.

Aujourd'hui, nous disons : le lactate de fer jouit, lui aussi, de la propriété de transformer le sucre de canne en glucose ; on peut s'en convaincre en mettant dans 100 parties de sirop de sucre de canne 15 parties de lactate de fer.

Avec le temps, le mélange se colore, rougit très-fortement le papier de tournesol ; dans cet état, le sucre perd de sa propriété de cristalliser, et au moyen du polarimètre, il est facile de reconnaître que le sucre a été transformé en glucose. Nous consignons cette observation, elle peut avoir son utilité dans quelques enquêtes judiciaires. Stan. Martin.

CORRESPONDANCE MÉDICALE.

Nouvelles remarques sur l'action du café dans l'étranglement herniaire, à propos d'un nouveau cas de succès de cette médication.

Depuis l'époque où l'on a fait connaître l'action merveilleuse du café dans les étranglements herniaires, l'étude de cet agent thérapeutique est, pour ainsi dire, à l'ordre du jour. C'est donc avec un grand intérêt que j'ai lu, dans un des derniers numéros du *Bulletin de Thérapeutique* (t. LXI, p. 28), une note de M. le docteur Lamare Picquot sur l'action dynamique du café et son emploi dans les hernies étranglées. Cet article a d'autant plus attiré mon attention, qu'il venait renverser toutes les idées que je m'étais faites touchant

l'action physiologique et thérapeutique de ce remède, que je suis loin de considérer comme antiphlogistique et hyposthénisante. J'ai cru devoir vous soumettre mes doutes à cet égard et vous communiquer mes observations, dans le but de solliciter de nouvelles recherches sur l'effet dynamique de cette substance.

Il est incontestable que l'action d'un remède en général, en faisant abstraction des doses et des conditions dans lesquelles on l'administre, présente encore à l'étude un fait très-complexe. Il y a, en premier lieu, une impression pour ainsi dire directe ou locale de l'agent thérapeutique sur la partie qu'il imbibe; en second lieu, une impression indirecte, lorsque l'absorption s'étant emparée de la substance ingérée l'emporte, par la circulation, dans l'économie entière et la met en contact avec les organes. La troisième impression, que l'on peut appeler réflexe, agit sur le cerveau et la moelle, et de là sur tout le corps, à l'aide du système nerveux. Enfin, il existe une impression sympathique d'un organe sur un autre. Dans cette énumération peut-être incomplète, il ne faut point oublier les actions consécutives qui paraissent résulter des impressions diverses que nous venons de signaler, et qui souvent, en thérapeutique, se trouvent être les plus importantes. Il me semble nécessaire de faire subir à la substance qu'on étudie l'analyse des effets variés qu'elle peut produire, pour en bien établir l'action et, au besoin, pour rendre raison des opinions contraires soutenues par d'habiles observateurs.

Je n'ai pas l'intention de faire l'énumération de toutes les propriétés que possède le café; il me suffira, pour arriver au but que je me suis proposé, de vous soumettre quelques réflexions sur l'action de cette substance, en suivant la marche que m'a donnée l'analyse et l'observation générale des faits.

Prise dans les conditions ordinaires, l'infusion de café a sur l'estomac et les intestins une puissance locale assez manifeste. Elle sollicite la contraction de ces parties, et c'est par cette influence qu'elle facilite la digestion et devient un puissant carminatif. Elle a lieu, que le repas soit frugal ou copieux; et les personnes qui ont habitué leur estomac à cette liqueur ne peuvent plus s'en passer pour digérer convenablement. Enfin, l'on sait que toutes les digestions pénibles qui ne tiennent qu'à l'atonie gastro-intestinale sont momentanément dissipées par le café plus sûrement que par toute autre infusion. Mais lorsque l'absorption s'est emparée de la substance ingérée, elle impressionne le système vasculaire, y agit comme sur les intestins, elle en provoque la contraction. Le pouls est serré, nerveux; le cœur bat, non avec plus de vitesse, mais avec une nouvelle vigueur;

ses efforts deviennent apparents à l'œil de l'observateur, et celui qui est soumis à l'expérience sent, pour ainsi dire, remuer cet organe dans sa poitrine. Si les doses sont très-élevées, le pouls devient irrégulier et les battements du cœur sont tumultueux, les extrémités se refroidissent et une sueur froide couvre le corps. Il y a menace de syncope par contraction de la fibre vasculaire. L'impression sur le cerveau et la moelle se manifeste par une activité, une excitation particulière qui se traduit par une action réflexe sur les nerfs moteurs, si la dose ingérée est considérable. L'on constate, en effet, un tremblement dans les membres inférieurs et dans les supérieurs, avec sentiment de fatigue et de malaise. Les mouvements des doigts brusques et précipités perdent beaucoup de leur précision; l'on sent que l'on n'est pas maître de mesurer l'effort qu'ils vont produire. C'est alors que peuvent apparaître des effets sympathiques singuliers : chez les uns l'exanthème de la face, chez les autres d'anciennes douleurs rhumatismales ou goutteuses. Le café donnera le vertige à quelques-uns, supprimera la migraine à d'autres, il produira enfin des phénomènes variables suivant les caprices des tempéraments et des idiosyncrasies.

Telles sont les actions primitives que j'ai vu produire par le café à petites et à hautes doses; et ce qui me paraît dominer ici, ce n'est évidemment, ni de l'excitation, ni de la prostration, mais bien un effet manifeste de contraction, soit locale, soit générale. A ce titre, l'action du café rappelle de loin la médication tétanique. C'est, je crois, de ce côté que l'on doit se tourner pour trouver l'explication de la rentrée des hernies étranglées. C'est par les mouvements de contraction produits dans l'intestin que l'étranglement disparaît, ou tend à disparaître sous l'influence d'une compression externe modérée.

J'ai eu l'occasion de faire prendre six tasses d'une forte infusion de café à un homme atteint de l'étranglement d'une hernie inguinale droite. J'ai été appelé immédiatement après l'effort qui avait causé l'accident sur une ancienne hernie. Le taxis employé avant et après la prise du remède ne sembla amener aucun résultat, et le malade ayant essayé lui-même de réduire la hernie, comme il en avait l'habitude, la sentit rentrer d'elle-même quelques instants après. Eh bien, dans ce cas, je n'ai aperçu chez cet homme aucune trace d'hyposthénisation. Je partage donc l'opinion de M. Lamare Picquot touchant l'influence puissante du café dans les étranglements de hernie; mais, dans la production du phénomène, je crois plutôt à une impression pour ainsi dire spéciale sur l'intestin même, qu'à

une action hyposthénisante qui, d'ailleurs, amènerait à penser que l'émétique, par exemple, pourrait remplacer avec avantage l'agent précieux dont je m'occupe. Je vous rappellerai d'ailleurs le fait si concluant de M. le docteur Pautrier, que vous avez reproduit dans la livraison du 30 novembre 1860, t. LIX, p. 468, de votre journal. Il y est dit, qu'après avoir pris quelques tasses de l'infusion de café, le malade, qui avait une hernie étranglée ayant résisté au taxis, sentit dans son ventre de grands borborygmes, et tout d'un coup la hernie rentra d'elle-même. De pareils résultats me font regretter de n'avoir pas essayé ce remède dans un cas très-grave de volvulus que j'ai observé dernièrement.

J'ai pu constater sur un jeune docteur de mes amis l'effet remarquable produit par l'infusion de café prise pendant six mois, à la dose de cinq ou six tasses par jour. Je remarquai chez lui une contraction permanente de la pupille, qui augmentait sa myopie naturelle; une rétraction singulière de la paroi abdominale antérieure; des palpitations de cœur; une toux convulsive habituelle; la pâleur de la peau; un tremblement très-marqué des membres supérieurs et des crampes dans les membres inférieurs. Tous ces symptômes inquiétants disparurent en peu de temps, en suivant le conseil que je lui donnai de suspendre l'usage du café, et reparurent plus tard pour disparaître encore sous l'influence de la même cause et du même traitement. Je n'ai jamais remarqué chez lui le moindre signe de faiblesse ou de prostration.

Permettez-moi, en finissant, de vous soumettre encore quelques réflexions sur les actions que j'appelle consécutives : celles-ci se constatent facilement, et je puis dire qu'elles semblent découler naturellement des propriétés dont je viens de parler. J'ai reconnu par expérience que le café est diurétique : il ne pouvait en être autrement, puisqu'il accélère la circulation et qu'il devient ainsi sudorifique. Tout le monde connaît ses bons effets contre les opiacés et les stupéfiants, ce qui confirme mon dire sur la contractilité vasculaire qu'il provoque, et grâce à laquelle le sang qui obstruait le cerveau se trouve énergiquement repoussé.

Après la période de contraction, il en survient une seconde d'atonie consécutive, dans laquelle les organes fatigués semblent se relâcher dans leur action, à moins qu'une dose nouvelle ne vienne les réveiller. Chez ceux qui font un usage journalier et modéré de cette boisson, c'est à la durée de cette seconde période que l'on doit rapporter la constipation et le gonflement des hémorrhoïdes. Mais je ferai remarquer, d'après la lecture des observations publiées, que

ce n'est point pendant son existence que la rentrée de la hernie a lieu, et qu'il ne serait pas juste de lui faire les honneurs des nombreux succès produits seulement pendant les premières impressions que le café provoque. E. Cellarier, D. M.

à Montpellier.

BULLETIN DES HOPITAUX.

De l'emploi de l'arsenic dans le traitement du pemphigus. — Les services que rendent les préparations arsenicales dans la thérapeutique des maladies de la peau sont un fait désormais à l'abri de toute contestation. L'on sait que c'est spécialement dans les affections à forme squameuse que ces préparations développent toute leur puissance d'action. Elles ont également procuré des succès dans quelques autres maladies cutanées qui ne rentrent pas dans le groupe précédent, l'eczéma chronique, l'urticaire chronique, l'acné également chronique et avec des récidives successives, le lichen invétéré, certaines éruptions furonculeuses rebelles. Mais il en est contre lesquelles nous ne voyons pas l'arsenic recommandé par les médecins dermatologistes, en France du moins : telles sont les affections bulleuses. Ainsi, nos auteurs spéciaux, dans les chapitres qu'ils consacrent au traitement de ces affections, ou passent complétement sous silence la médication arsenicale, ou, s'ils en parlent, comme M. Rayer par exemple, ce n'est qu'avec une extrême réserve, et bien moins pour en conseiller l'emploi que pour mettre en garde contre ses effets. (V. Dict. de méd. et de chirurg. pratiques, t. III, p. 271 et t. XII, p. 524.) La raison de cette réserve ou de cette proscription tacite, sinon formelle, tient sans doute à ce que les affections bulleuses de la peau sont en général des affections cachectiques à un degré plus ou moins prononcé, s'accompagnant très-fréquemment de troubles des fonctions digestives, d'irritation gastro-intestinale, ce qui constitue une contre-indication à l'emploi des arsenicaux.

Cependant, en Angleterre, l'arsenic ne semble pas être l'objet des mêmes craintes, et cet agent paraît être mis souvent en usage dans une maladie de l'ordre dont il vient d'être question, le pemphigus, au point que, suivant M. Jonathan Hutchinson, il peut être regardé « comme un remède presque spécifique » dans cette forme particulière de dermopathie.

Le chirurgien de Metropolitan free Hospital a été conduit à cette

conclusion par les résultats d'un assez grand nombre de cas qu'il a publiés en 1854 (*Med. Times and Gaz.*, 11 février), et d'autres plus récents qu'il a observés lui-même ou empruntés à d'autres observateurs. Parmi ces derniers faits, il en est qui méritent moins de confiance, parce que le traitement a été mixte, tandis que dans d'autres la médication employée a eu pour unique agent la solution de Fowler, et ces derniers, par conséquent, dit M. Hutchinson, peuvent prendre rang comme portant avec eux la démonstration de l'efficacité spécifique de ce médicament. La classe de cas où, suivant notre confrère anglais, l'arsenic a une action aussi favorable, « se compose de ceux de pemphigus chronique ou à récidives ; ils se rencontrent principalement chez les enfants, et c'est de beaucoup la forme la plus commune qui s'observe dans la pratique anglaise ; et cependant, quoique plus commune que les autres, elle est si rare que, dans une sphère d'observation très-étendue, à peine a-t-on occasion d'en voir un ou deux exemples chaque année. »

Des cas relatés par M. Hutchinson, nous nous bornerons à rapporter, à titre d'exemples, les deux suivants où, comme nous venons de le dire, la médication arsenicale a été la seule à laquelle on ait eu recours.

Obs. I. Magaret M***, petite fille âgée de sept ans, maigre, mais ayant l'apparence de la santé, brune de teint, fut reçue à Metropolitan free Hospital, le 27 janvier 1860. Ses parents étaient assez aisés, et elle était bien nourrie et bien soignée. Avant le développement de l'éruption, elle était robuste et bien portante. L'éruption commença en juin 1859, sur la lèvre supérieure, et immédiatement après s'étendit sur la face. Ensuite, elle gagna encore en étendue, et des groupes de bulles parfaitement symétriques se développèrent sur les épaules, les bras, les cuisses, les jambes et les orteils. Traitée dans un des grands hôpitaux de Londres pendant les mois d'août, septembre, octobre et novembre, elle en sortit en très-bon état ; mais la guérison ne persista que pendant une quinzaine de jours.

A l'époque de son admission dans le service de M. Hutchinson, l'éruption, qui était la seconde, existait depuis plus de six semaines. Les bulles, d'un volume variable, depuis celui d'un pois jusqu'à la largeur d'un schelling, étaient dispersées en groupes épars sur les épaules, les bras, les cuisses, les jambes et les pieds, et disposées symétriquement sur les deux côtés du corps. Beaucoup de ces bulles renfermaient une sérosité louche, purulente. Les autres s'étaient affaissées et avaient laissé des croûtes qui couvraient de larges surfaces enflammées. On nota que l'urine était parfois épaisse et d'apparence laiteuse. C'était un cas grave et qui était encore dans la période de progrès. Quoique semblant bien portante au premier abord, lors de l'entrée, la petite malade était en réalité languissante, abattue, et sa mère rapportait qu'elle était faible et se fatiguait au

moindre exercice. Le cas paraissait favorable pour tenter l'emploi des préparations arsenicales, et M. Hutchinson exprima une confiance complète dans les résultats de cette médication. A partir du 27 janvier, la solution de Fowler fut administrée à la dose de 2 gouttes répétée trois fois par jour. Au bout de six jours, le 3 février, on nota qu'il ne s'était développé aucune bulle depuis le commencement du traitement, que toutes les surfaces malades étaient presque nettes et débarrassées des croûtes, et tendaient très-rapidement vers la guérison. Une seconde note, du 10 février, portait : « L'enfant est maintenant tout à fait bien : toutes les croûtes sont tombées, et les parties affectées reprennent avec rapidité l'aspect de la peau à l'état sain. Aucune bulle nouvelle ne s'est développée, à l'exception de deux petites vésicules, semblables à des vésicules d'herpès, sur la lèvre supérieure. » Le traitement fut continué jusqu'au 14 mars. Trois jours après, l'éruption se fit jour de nouveau, mais il n'y eut que deux ou trois bulles peu volumineuses. La solution de Fowler fut reprise : les bulles disparurent avec rapidité et l'enfant fut tout à fait bien pendant cinq mois.

On avait prévenu la mère que probablement la maladie récidiverait, et en effet, le 10 juillet, elle ramena son enfant à l'hôpital. Depuis le traitement relaté ci-dessus, celle-ci avait joui d'une excellente santé, et ce n'était que depuis quatre jours que des bulles s'étaient montrées, en petit nombre, sur le pied droit et l'épaule gauche. Aucun trouble constitutionnel n'avait accompagné ce retour de la maladie, et un traitement arsenical d'une semaine suffit pour amener la guérison.

Le 22 février 1861, l'enfant est ramenée suivant la demande qu'en avait faite M. Hutchinson, afin de constater son état. Six mois se sont écoulés depuis la dernière récidive de la maladie. La petite fille est dans des conditions de santé parfaites. Elle a eu la rougeole en août dernier ; mais, depuis le mois de juillet, il n'y a eu aucune apparence de l'ancienne éruption.

Obs. II. Elisabeth B***, âgée de cinq ans, admise le 15 mai 1856. Cette enfant était bien portante en général. Mais lorsque l'éruption sortit, son appétit s'altéra et elle eut de la fièvre. Elle avait été sujette à cette éruption depuis quatre ans, et c'était généralement au printemps et à l'automne que la maladie se manifestait, et aussi lorsque le temps était très-froid. Communément, c'étaient les mains et les pieds qui étaient affectés, quelquefois aussi les cuisses, jamais le tronc. Cette fois, la maladie siégeait sur les pieds et les mains. M. Hutchinson ordonna une mixture contenant 1 goutte de solution de Fowler et 5 gouttes de liqueur de potasse, à répéter trois fois par jour. Au bout d'une semaine, il y avait de l'amélioration. Il ne s'était développé qu'un très-petit nombre de bulles nouvelles, et la plupart des anciennes disparaissaient. La petite malade ne fut pas ramenée à l'hôpital.

On peut sans doute objecter que les faits qui viennent d'être relatés ne sont pas en assez grand nombre, ni assez concluants, surtout le dernier, pour entraîner la conviction ; que rien ne prouve

d'ailleurs l'absence de récidives ultérieures dans le premier des deux, c'est-à-dire dans celui qui, rapporté avec plus de détails, se présente avec une signification plus importante. Mais, quelle que soit la valeur de ces objections, ne serait-il pas bon cependant de soumettre les résultats annoncés par M. Hutchinson au contrôle de l'expérience, dans les cas principalement qui ont été spécifiés par lui ?

Il suffit de s'être trouvé aux prises avec l'affection qui nous occupe, chez quelques jeunes enfants, non pas ceux qui l'apportent en naissant, et qui sont alors dans un état de cachexie probablement syphilitique, mais ayant quelques mois ou quelques années, il suffit d'avoir chez ces sujets constaté le caractère rebelle et les retours nombreux et vraiment décourageants de la maladie, pour se sentir disposé à tenter un traitement, qui, administré avec précaution et surveillé rigoureusement, ne saurait, en définitive, entraîner des accidents graves.

Traitement de la dyssenterie employé dans le service de M. Barrallier a l'hôpital de la marine de Toulon. — L'épidémie de dyssenterie qui règne encore dans certaines contrées de la France nous engage à placer sous les yeux de nos lecteurs les moyens que M. Barrallier a mis en usage dans les diverses formes de cette redoutable maladie, pendant le cours d'une épidémie qui a sévi à Toulon, et qui peuvent, à notre avis, être considérés comme constituant une bonne méthode de traitement de la dyssenterie en général.

Traitement de la dyssenterie légère. — Dans cette première forme, la base du traitement est le tartrate double de potasse et de soude (sel de Seignette), que je prescris à la dose de 15 grammes dans 100 grammes d'eau de tilleul édulcorée, à prendre en deux fois dans la journée ; je donne la préférence à ce sel, parce qu'il est peu irritant, et que, par suite, son emploi peut être continué assez longtemps sans inconvénient; dans le plus grand nombre des cas, j'ai remarqué qu'au bout de plusieurs jours de son administration, les coliques cessaient, le sang disparaissait des selles et que celles-ci prenaient le caractère diarrhéique ; quand ce résultat est obtenu, je cesse l'emploi du sel de Seignette, et au bout de peu de temps les matières fécales présentent leurs caractères ordinaires.

Dans cette forme, la diète absolue n'est pas de rigueur, je permets habituellement à mes malades de légères crèmes de riz ou de salep ; l'eau de gomme ou la tisane de riz gommée est la boisson ordinaire de mes malades ; je leur recommande de n'en prendre qu'une petite quantité à la fois.

Traitement de la dyssenterie de moyenne intensité. — Dans cette forme, j'ai recours au petit-lait manné (10 grammes de manne pour 250 grammes de petit-lait), dont M. Dutroulau a retiré de si bons effets dans les nombreuses dyssenteries coloniales qu'il a eu à traiter; je donne ordinairement cette dose en trois fois dans la journée; au bout de peu de jours, le sang disparaît des selles, il n'y a plus de débris d'épithélium. Les déjections présentent une couleur jaune plus ou moins foncée et une odeur de matière fécale; ce dernier signe a été considéré, avec raison, comme de favorable augure. Je continue le petit-lait manné, pendant huit à dix jours au plus; dès les premiers moments de son administration le nombre des évacuations augmente, puis diminue, et les matières présentent bientôt les divers caractères que j'ai énumérés plus haut.

Cette préparation a toujours été suffisante dans l'immense majorité des cas; pour favoriser son action, j'ai quelquefois eu recours à certains adjuvants, tels que les lavements albumineux ou amylacés, pris en petite quantité à la fois, afin de ne pas réveiller le ténesme, et pour que le malade pût les conserver plus longtemps.

Quand le ténesme n'était pas très-marqué, qu'il n'occasionnait pas de souffrance trop vives, les moyens précédents l'atténuaient promptement et le faisaient disparaître avec facilité; mais dans quelques cas moins nombreux, il est vrai, tant dans cette forme que dans la suivante, j'ai été obligé de le combattre directement par des applications d'une pommade belladonée (axonge, 30 grammes; extrait de belladone, 10 grammes) sur l'hypogastre, les fosses iliaques et les aines; après la friction, je faisais recouvrir les parties soit avec du coton cardé chaud, soit, mais plus rarement, avec des cataplasmes émollients.

Dans cette forme, je prescris une diète plus sévère, le repos au lit et l'abstinence presque absolue des boissons.

Traitement de la dyssenterie grave. —Les moyens qui réussissaient si bien contre les deux premières formes ont été tout à fait insuffisants contre celle-ci; le petit-lait manné que j'avais employé dans les premiers temps de l'épidémie ne m'ayant donné que des améliorations de courte durée, j'eus alors recours à l'ipéca à la brésilienne; je prescrivais une infusion avec 10 grammes de racines concassées pour 150 grammes d'eau bouillante; je renouvelais tous les jours cette infusion avec le même marc; pendant les trois premiers jours, on obtient des vomissements et une sueur de plus en plus abondante; au quatrième jour, les vomissements cessent; les selles se modifient, elles ne présentent plus les débris d'épithélium

et les fragments de membrane muqueuse; elles deviennent plus consistantes et offrent bientôt les caractères des matières fécales; ordinairement l'ipéca à la brésilienne a suffi pour compléter la guérison, avec l'aide des lavements albumineux ou amylacés et des onctions avec la pommade de belladone; mais dans quelques cas, j'ai dû favoriser l'action définitive de ce médicament par quelques doses de petit-lait manné.

Quelquefois, mais rarement, l'ipéca à la brésilienne déterminait, même au delà du quatrième jour, des vomissements réitérés qui fatignaient beaucoup les malades; alors, je suspendais son emploi et je donnais le calomel à la dose de 75 centigrammes à 1 gramme, en trois ou quatre doses; je le continuais pendant environ quatre jours, et quand les selles avaient pris le caractère diarrhéique, je terminais le traitement par quelques doses de petit-lait manné.

Chez deux malades, j'ai employé les pilules de Second, sans en obtenir aucun bon résultat.

Dans cette forme de la dyssenterie, la diète des aliments et surtout des boissons était plus absolue; pour apaiser la soif, qui est toujours très-vive dans cette maladie, je faisais laver la bouche des malades avec de l'eau acidulée avec du vinaigre ou du jus de citron, en leur recommandant expressément de ne pas l'avaler.

Après l'emploi des divers moyens qui m'ont en général très-bien réussi contre les diverses formes de la dyssenterie, quelques malades ont conservé pendant plusieurs jours une diarrhée plus ou moins fatigante, que j'ai combattue avec succès, par l'emploi du sous-nitrate de bismuth, à la dose de 20 à 30 grammes.

RÉPERTOIRE MÉDICAL.

Apiol. *Ses bons effets dans l'aménorrhée et la dysménorrhée constatés en Italie.* Les mémoires de MM Joret et Baillot sunt encore présents à la mémoiro de nos lecteurs pour que nous ayons besoin de citer de nouvelles expériences à l'appoi de l'action thérapentique de l'apiol dans l'aménorrhée et la dysménorrhée. Si nous venons mentionner les résultats des essais tentés en Italie par MM. Gallico et Poggeschi, c'est pour constater que la valeur de cet agent ne perd rien de ses propriétés, lorsqu'il est employé dans des contrés où la température est plus élevée. Des dix observations sur lesquelles M. Gallico base les conclusions de son mémoire, conclusions exactement semblables à celles formulées par M. Joret, nous reproduirons la suivante.

Une dame de trente-trois ans était en proie depuis quinze années à des accidents nerveux graves, de forme hystérique, contre lesquels on avait mis en œuvre les médicaments les plus divers et notamment la saignée. Ces accidents s'aggravant à l'époque des règles, et l'écoulement menstruel présentant l'aspect de lavures de chairs

mêlées à de la sérosité, ayant une durée de quatre à douze heures, accompagné de ténesme utérin, M. Poggeschi eut l'idée de combattre tout d'abord cette dysménorrhée. Dès les premiers phénomènes du retour de la période menstruelle, il fit prendre à la malade une capsule d'apiol le matin et une le soir. Le lendemain dans la soirée un léger écoulement de sang apparut, mais se supprima dans la nuit. Dans la matinée du second jour, le flux menstruel revint assez abondant et avec tous ses caractères physiques normaux; ce n'était plus une sérosité teinte de sang. La menstruation dura pour la première fois trois jours, sans apparition d'aucun des désordres nerveux habituels, seulement quelques coliques utérines eurent encore lieu; du reste bien-être général.

Le mois suivant l'emploi de l'apiol fut repris et les règles se montrèrent comme autrefois. A dater de cette époque, cette dame éprouve un soulagement tel qu'elle n'en a pas ressenti de pareil depuis quinze ans, aussi a-t-elle voulu continuer l'emploi de ce médicament pendant plusieurs périodes menstruelles. Cette conduite a confirmé la cure.

Nous pourrions citer un fait tout à fait semblable que nous avons observé il y a plusieurs années, alors que nous expérimentions la valeur thérapeutique de l'apiol. Une jeune fille de dix-neuf ans éprouvait à chaque époque menstruelle une attaque violente d'hystérie. Ces accidents étant accompagnés d'une menstruation très-douloureuse, nous fîmes usage de l'apiol, qui triompha de la dysménorrhée, et par suite des phénomènes hystériques qu'elle provoquait. Une année après, cette fille s'est mariée, et depuis cinq ans la guérison se maintient. (*L'Impartial, journ. de méd. de Florence*, juillet 1861.)

Empoisonnement *par une lame de plomb servant à teindre les cheveux.* S'il est un moyen de teinture des cheveux que l'on devait croire innocent, c'était bien celui qui consiste à faire usage de peignes en plomb. Le fait suivant vient prouver qu'il n'en est rien.

Un homme de quarante-sept ans, d'une forte constitution et qui n'avait jamais été malade, montrait depuis plusieurs années des signes d'hypocondrie et un affaiblissement de la mémoire. Sa peau avait pris depuis un an une teinte jaunâtre, et il avait éprouvé, une fois seulement, un accès de colique violent, mais passager. M. le docteur Schotten fut appelé auprès de cet homme le 29 juillet, pour une violente céphalalgie occipitale; la douleur était sourde et continue, le malade avait peine à rassembler ses idées, la vue était obscurcie et double; la respiration lente, pas d'appétit; la langue chargée d'un enduit épais; le ventre tendu, urines rares, constipation. Pensant avoir affaire à une affection cérébrale, ce médecin prescrivit des ventouses à la nuque et un purgatif salin, mais sans résultat, au contraire la somnolence ne fit qu'augmenter. Plus tard survinrent des contractures des membres, avec rougeur de la face et persistance de l'état comateux. Ce fut alors que M. Schotten apprit du beau-père du malade que ce dernier avait l'habitude, depuis quelques années, de frotter plusieurs fois par jour, avec une lame de plomb, ses cheveux qui commençaient à blanchir; le soir il s'enveloppait la tête avec une pièce de laine. Un examen de la tête fit voir que les cheveux recouvraient une couche de poussière noire, qu'on recueillit avec un peigne, et l'analyse y fit découvrir du sulfure de plomb. On examina les gencives et l'on y découvrit l'existence du liséré ardoisé, signe pathognomonique d'une intoxication saturnine. En présence de ces faits, on modifia le premier diagnostic. Le coma, les convulsions, les contractures comme les coliques, la constipation furent rapportés à une affection saturnine. Le traitement fut dirigé en conséquence et eut pour résultat de faire cesser un instant l'état comateux et de réveiller l'appétit. Mais l'amélioration ne fut pas d'une longue durée; le 5 août le coma était redevenu plus intense, avec crampes du côté droit et paralysie du membre gauche; le 10, le malade ne pouvait plus avaler; il mourut le 13. A l'autopsie on trouva un abcès occupant la base de l'hémisphère gauche. Le malade a donc succombé à une affection cérébrale compliquée d'une intoxication saturnine. (*Répertoire de pharmacie*, août.)

Erysipèle. *Son traitement par l'aconit, et spécialement par l'alcoolature de racines de la plante.* Cette application thérapeutique n'est rien moins que nouvelle et se trouve consignée dans les divers mémoires sur l'aconit, que nous avons publiés. Avant de reproduire les résultats des essais que vient de publier M. Lecœur, nous

nous rappellerons, avec M. Imbert-Goubeyre, l'historique de ce traitement.

Liston est le premier qui ait recommandé l'emploi de l'aconit dans l'érysipèle. « L'extrait d'aconit, dans l'érysipèle et les autres affections inflammatoires de la peau, dit-il dans ses Eléments de chirurgie, est souvent suivi d'une diminution notable de l'excitation des vaisseaux, qui rend inutile les évacuations sanguines. »

Fleming dit avoir traité plusieurs cas d'érysipèle par l'aconit. Dans un cas d'érysipèle de la cuisse, accompagné d'une vive inflammation, durant depuis six jours, la douleur diminua dès la première dose de ce médicament et disparut complètement au bout de sept heures; guérison le second jour. Dans un autre cas d'érysipèle au bras, la douleur céda après dix heures. Cet auteur conseille aussi l'emploi extérieur de l'aconit dans les érysipèles violents.

Notre collaborateur, M. Teissier (de Lyon), parle en ces termes du traitement de l'érysipèle : « Je viens de citer l'érysipèle simple parmi les maladies dont l'aconit abrége et simplifie la marche ; ce fait a été signalé par MM. Fleming et Gabalda ; c'est pour cela que je n'y insiste pas davantage, mais je crois utile d'appeler l'attention des chirurgiens sur l'effet de ce médicament dans l'érysipèle qui complique les plaies. C'est là un sujet d'étude, tout à fait neuf et digne d'intérêt, et je désire que des expériences soient tentées dans le but de sanctionner ce que j'ai observé moi-même. En effet, j'ai vu plusieurs fois des érysipèles survenus autour de plaies ou d'ulcères et accompagnés de phénomènes généraux graves, tels que fièvre ardente, frissons, envies de vomir, délire fugace, etc., s'amender avec une promptitude remarquable, à la suite de l'administration de dix à vingt gouttes de teinture d'aconit par jour. Je me rappelle surtout avoir vu deux malades qui avaient des érysipèles traumatiques extrêmement douloureux et qui s'accompagnaient de symptômes fébriles assez marqués pour me donner des inquiétudes, être soulagés d'une manière vraiment étonnante, dans l'espace de vingt-quatre heures. Dans les hôpitaux, où l'érysipèle traumatique est si commun, et où il amène si souvent les accidents les plus sérieux, il est facile de comprendre combien il serait utile d'avoir à sa disposition un remède qui aurait des propriétés aussi précieuses. »

Ce coup d'œil historique servira à montrer l'importance des nouvelles expériences tentées par M. Lecœur. Voici comment il en rend compte :

« Au premier érysipèle qui me tomba sous la main, je l'employai. Il était de nature traumatique, survenu à la suite d'une ablation totale du sein. Le succès fut tel, que, depuis cette époque, j'y ai recours dans toutes les affections de ce genre, quelle que soit leur cause et dès leur début. Je l'emploie à l'exclusion de tout autre moyen, pour être mieux à même d'en constater les effets. Je l'ai bien expérimenté douze ou quinze fois. Jusqu'ici, j'ai donné cette teinture simple de racine d'aconit, à la dose de 15 à 20 grammes dans les vingt-quatre heures, mais elle pourrait probablement être portée plus haut chez beaucoup de sujets. Je l'administre par cuillerées à café, toutes les heures d'abord (même un peu moins pour les deux ou trois premières cuillerées), toutes les deux heures ensuite, à même dose, dans un quart de verre d'eau fraîche, cessant à production de nausées ou de vomiturilions, ou éloignant simplement les doses. Dans les intervalles, un peu d'eau fraîche si le malade a soif ou le désire. J'ai vu constamment, au bout de peu d'heures, le pouls tomber; quelquefois des selles survenir, et, soit coïncidence, soit effet du médicament, peu de temps après, l'érysipèle arrêter ses progrès, ou tout au moins être modifié dans son intensité. Une fois, dans un cas d'érysipèle spontané, où la malade présentait des phénomènes adynamiques (c'était une femme âgée et débilitée, atteinte d'érysipèle ambulant ayant débuté à la cuisse et s'étant propagé jusqu'au visage), j'y joignis la décoction de quinquina avec le vin et le sirop de quinquina. Quant au traitement local, je me borne à l'application continue de compresses d'eau froide simple, ou légèrement vinaigrée ou saturnée, sur les parties malades. »

Les expérimentations sont aujourd'hui trop nombreuses pour que les chirurgiens des hôpitaux n'emploient pas cette médication sur une large échelle; mais à laquelle des préparations d'aconit devront-ils donner la préférence, à quelle dose l'administreront-ils ? c'est un point qui n'est pas encore tranché. En Angleterre on donne la préférence à l'extrait, en France on emploie presque exclusivement la teinture ou mieux l'alcoolature. Nous donnerons aux praticiens le con-

seil de suivre l'exemple de M. Lecœur et d'user de l'alcoolature préparée avec parties égales d'alcool à 05° et de racine fraîche, ainsi que l'indique M Bouchardat; nous leur conseillerons encore de l'employer à hautes doses, ainsi que la fait notre savant confrère de Caen. (*Union médicale*, août et septembre.)

Erysipèle (*Emploi topique du carbonate de plomb dans le traitement de l'*). Aux divers agents topiques conseillés pour amender les accidents locaux de l'érysipèle, M. Anderson vient ajouter le carbonate de plomb. On enduit cinq à six fois par jour les parties malades d'une crème faite avec le carbonate de plomb et l'huile de graine de plomb. La dose du sel n'est pas indiquée; mais elle doit être telle que le mélange ait la consistance d'une pommade facile à s'étendre. M. Anderson affirme que ce moyen agit comme un charme, et cet effet magique est de calmer rapidement la douleur et de diminuer la tuméfaction. Nous n'avons pas expérimenté les effets topiques du carbonate de plomb dans l'érysipèle, mais il n'en est pas de même de son action dans l'inflammation simple de la peau, surtout celle qui survient si fréquemment dans la région génito-crurale chez les jeunes enfants. Lorsque le tégument n'est pas entamé, nous nous bornons à faire enduire les parties avec une couche d'huile, que l'on saupoudre du sel de plomb; lorsque la peau est le siége d'exculcérations, nous employons de préférence un mélange composé de 3 parties d'amidon en poudre et de 1 partie de carbonate de plomb.

Farcin *chez l'homme*; *guérison*. Aux cinq cas de farcin suivis de guérison que nous avons rapportés ou analysés dans ce recueil, depuis que la question de la transmission de la morve et du farcin du cheval à l'homme a si vivement et si justement préoccupé l'attention des médecins, nous joignons aujourd'hui un sixième cas rapporté par M. le docteur Bertin pere à la Société de médecine de Nancy. On y verra, malgré l'absence de quelques symptômes, qu'il n'est guère possible de rapporter l'affection dont le sujet a été atteint à autre chose qu'au farcin, surtout si l'on tient compte des circonstances étiologiques au milieu desquelles il s'est trouvé placé. On remarquera aussi que ce fait met de nouveau en relief les bons effets de l'aconit, déjà constatés dans quelques-uns des cas précédemment rapportés.

Voici ce fait :

N***, âgé de cinquante ans, palefrenier à Nancy, d'une bonne constitution, se plaignit pour la première fois, le 15 mars 1857, d'un sentiment de courbature générale, mais surtout d'une douleur à la partie inférieure et latérale droite de la poitrine et à l'épaule du même côté; il éprouvait aussi de la sensibilité dans les mouvements et à la pression dans le bras droit et dans le membre inférieur gauche. L'auscultation et la percussion de la poitrine ne présentant rien d'anormal, M. Bertin diagnostiqua une pleurodynie et courbature générale, et prescrivit six sangsues *loco dolenti*.

Le 15, la douleur du côté était totalement disparue, mais celle du membre inférieur gauche était devenue plus vive, elle augmentait par le moindre mouvement; le pouls était élevé et fréquent. Il existait, 1° au tiers inférieur et antérieur de la cuisse gauche, une tumeur oblongue, dure, rénitente, douloureuse à la pression et assez bien circonscrite; 2° au mollet, une tumeur de même nature, mais moins bien circonscrite; 3° enfin, à l'avant-bras droit, au tiers inférieur, un engorgement mal limité et douloureux à la pression. M. Bertin apprend alors que N*** avait soigné des chevaux morveux, dont deux avaient dû être abattus. Il prescrit en conséquence : un grand bain, cataplasmes émollients, potage, bon vin, et trois cuillerées dans les vingt-quatre heures d'une potion faite avec :

Pr.	Extrait de quinquina.	8 grammes.
	Extrait d'aconit......	50 centigram.
	Eau et sirop d'écorces d'oranges amères..	60 grammes.

Le 16 mars : sueur abondante pendant la nuit; les membres sont moins douloureux, les tumeurs de la cuisse, du mollet et de l'avant bras sont plus diffuses, moins rénitentes. L'appétit est modéré; une selle naturelle. (Bain, cataplasme, 4 cuillerées de potion, vin et 1/4 d'aliments gras.)

Le 17 nuit bonne, mais sans sueur. La tumeur de la cuisse est plus circonscrite, celle du mollet est moins développée. Auprès de la malléole externe de la jambe gauche on observe un gonflement rouge, douloureux, avec empâtement diffus. Douleurs lombaires. (Même prescription.)

Le 18, nuit bonne, point de fièvre,

diminution de l'empâtement des membres. (5 cuillerées de la potion.)

Le 19, l'amélioration continue, les tumeurs s'effacent, l'état général est bon.

Le 20, la tumeur du mollet est entièrement disparue; la tumeur de la cuisse, diminuée de volume, semble plus circonscrite, l'engorgement de la région malléolaire est également diminué.

Le 21, l'engorgement péri-malléolaire est entièrement disparu, ainsi que celui de l'avant-bras; il ne reste plus que la tumeur de la cuisse; sueur abondante pendant la nuit. (La dose de la potion est portée à 6 cuillerées par jour. Un bain tous les deux jours.)

Le 23, la tumeur de la cuisse est presque entièrement disparue.

Le 25, l'état général est bon: une tuméfaction moins diffuse, facilement circonscrite, dure, a succédé à l'empâtement de la cuisse.

Le 27, augmentation de la tumeur de la cuisse, redevenue douloureuse; la tumeur de l'avant bras a reparu. Le malade est moins content de son état; inquiétude, point de sueur depuis deux jours. (Même régime alimentaire, même potion, un bain, friction sur la cuisse et l'avant-bras avec une pommade contenant 4 grammes d'extrait d'aconit sur 20 grammes d'axonge, trois fois par jour.)

Le 30, les tumeurs ont diminué; elles sont plus molles, plus diffuses. On sent aux régions inguinales des ganglions lymphatiques engorgés; sueurs abondantes.

Le 2 avril, le malade mange et digère bien; il est plein d'espoir, les nuits sont bonnes. (La potion est remplacée par 2 pilules de 5 centigrammes d'extrait d'aconit chaque soir; frictions; une cuillerée à bouche de sirop concentré de douce-amère, additionnée de 16 grammes d'iodure de potassium sur 500 grammes de sirop.)

Le 6, douleur dans le mollet gauche, point de gonflement, tumeur dure et douloureuse de la cuisse et de l'avant-bras. (Même prescription.)

Le même état persiste avec quelques variations insignifiantes dans l'état des tumeurs jusqu'au 6 mai. On constate ce jour-là une fluctuation évidente dans la tumeur de l'avant-bras. Ouverture de l'abcès: il s'en écoule un pus sanguinolent mal lié, du tissu cellulaire mortifié sort par la plaie. (Même traitement.)

Le 7 mai, la suppuration qui s'écoule de la plaie de l'avant-bras est plutôt séreuse que purulente, le fond de la plaie est grisâtre, diphthéritique. (Pansement avec de la charpie enduite de pommade d'aconit.)

Au commencement de juillet, la plaie du bras est entièrement cicatrisée. Le gonflement de la région malléolaire est entièrement dissipé et n'a plus reparu. Le malade a retrouvé ses forces et repris son travail. Tout traitement a cessé à dater du 6 juillet. N*** a pris depuis le 15 mars, 5 grammes 15 décigrammes d'extrait alcoolique d'aconit en potion, et 152 grammes d'iodure de potassium dans du sirop de douce-amère. En trois mois il a usé en pommade 1gr,25 d'aconit sur 20 grammes d'iodure de potassium. Ces moyens principaux ont eu pour adjuvants un régime tonique, le quinquina en extrait et de la tisane amère.

Un nouvel abcès se forma au mollet dans la seconde quinzaine de juillet, à la suite de fatigues et de travaux prématurés, lequel nécessita de nouveau le repos, les bains et les cataplasmes. Ce ne fut qu'au mois d'octobre suivant que ce foyer fut cicatrisé. A dater de cette époque la guérison a été complète. (*Compte rendu des travaux de la Soc. de méd. de Nancy.*)

Graisse (*Accidents déterminés par l'aglosse de la*). Un certain nombre d'insectes peuvent se rencontrer dans le corps de l'homme, au moins à certaines périodes de leur existence. Parmi ces animaux, un très-petit nombre appartiennent à l'ordre des lépidoptères, comme l'ont démontré des observations de Linné, Duméril, Bricheteau, etc. L'aglosse de la graisse *aglossa pinguinalis* (Latreille), dont la larve vit ordinairement dans le lard, la graisse, le beurre, etc., ou dans les matières animales conservées, se rencontre fréquemment dans les cuisines et chez les marchands de comestibles; on l'a aussi vue dans le tube digestif de l'homme, où elle détermine des accidents quelquefois assez graves. C'est bien à elle que l'on doit rapporter les effets toxiques observés, car les analyses chimiques n'y ont indiqué aucun principe spécial qui puisse produire l'empoisonnement. Tout dernièrement encore, M. le docteur B. Lunel a publié une nouvelle observation de ce genre, chez un homme qui fut pris d'accidents cholériformes très-graves à la suite de repas faits exclusivement avec du gras et de la couenne de jambon, conservés depuis plus d'une an-

nee. Sous l'influence de potions au sous-nitrate de bismuth, et de lavements opiacés et amidonnés, le malade put guérir en quelques jours. L'examen de l'aliment permit au docteur Lunel d'y reconnaître la présence d'une petite chenille glabre, portant seulement quelques poils disséminés, ayant huit paires de pattes, et offrant tous les caractères de l'*aglossa pinguinalis*. (*Abeille méd.*, juillet 1861.)

Hydrocèle double *rapidement guérie par l'injection de quelques gouttes de teinture d'iode.* Si la médication iodique occupe aujourd'hui un des rangs les plus élevés dans la thérapeutique chirurgicale, elle le doit aux procédés particuliers suivis par M. Velpeau pour le traitement de l'hydrocèle, et qu'il a appliqués ensuite à la plupart des cavités closes. Aujourd'hui que la généralisation est faite, n'y aurait-il pas avantage à revenir à la manière de faire de M. Martin, de Calcutta, et qui consistait à injecter dans la tunique vaginale seulement quelques gouttes de teinture d'iode pure. Le nouveau cas que publie M. Faurès est bien fait pour en appeler de nouveau de la proscription de cette pratique.

Un chanoine, âgé de quarante-huit ans, d'une constitution délicate, à la suite d'une chute, voit s'établir un épanchement séreux dans les deux tuniques vaginales. Trois mois plus tard M. Faurès est consulté et constate l'existence d'une double hydrocèle, qu'il opère de la manière suivante : la bourse droite est vidée et fournit 250 grammes de sérosité, puis, à l'aide d'une petite seringue de verre, on y injecte quelques gouttes de teinture d'iode, dont on cherche à étendre le contact, en malaxant la tumeur. La douleur ne reste pas locale et s'irradie jusqu'aux lombes ; néanmoins, après un quart d'heure de repos, le malade demande qu'on procède à la seconde opération. Celle-ci fut faite de la même façon. Les douleurs furent encore cette fois très-vives, mais d'une durée bien moindre. Les suites de la double injection furent des plus heureuses : la rougeur, le gonflement et la douleur modérés au début, diminuaient déjà d'une manière très-sensible au quatrième jour ; la résolution marchait d'une manière franche et rapide. Au dixième jour, le chanoine sortit pour dire sa messe. Un délai de dix-huit mois permettait à l'auteur d'affirmer que la cure était radicale.

M. Faurès met en relief la simplicité et la rapidité de la guérison à la suite de ce procédé ; seulement nous lui adresserons le reproche d'indiquer d'une manière bien vague la quantité de teinture. Avec les divisions des corps de pompes en verre, il est possible d'établir des divisions qui permettent d'apprécier exactement le nombre de gouttes. L'exiguïté du trocart, dont on peut faire usage dans ces procédés, mettra les malades à l'abri de l'infiltration de la teinture d'iode dans le tissu cellulaire des bourses, et de ces gangrènes consécutives dont on n'a que trop d'exemples. (*Compte rendu de la Soc. de méd. de Toulouse*, 1861.)

Péritonite traumatique (*Sur la*), *suite de contusion, sans lésion extérieure apparente des parois abdominales.* Les corps contondants, en agissant sur les parois de l'abdomen, peuvent, sans que ces parois elles-mêmes aient éprouvé aucune lésion, blesser les organes internes contenus dans cette cavité, et il peut en résulter des accidents nombreux et variés, et plus ou moins graves suivant la nature et l'intensité des altérations traumatiques produites dans ces organes. M. le docteur Mouillié, médecin aide-major de première classe, a étudié avec soin les lésions produites dans l'intestin par les coups de pied de cheval, accident très-fréquent dans les régiments de cavalerie, ainsi que la péritonite qui en est la conséquence. Or, comme on le comprend, suivant que la blessure du canal intestinal est une contusion simple sans rupture d'aucune des tuniques qui forment les parois de ce canal, ou une contusion avec déchirure plus ou moins étendue d'une ou deux de ces tuniques avec ou sans infiltration sanguine ou épanchement sanguin, ou enfin une rupture complète d'emblée de toutes les tuniques intestinales avec épanchement de matières dans la cavité séreuse, la gravité du mal est bien différente. Générale et suraiguë dans le dernier cas, la péritonite traumatique entraîne toujours et fatalement la mort, tandis que dans les autres cas, elle peut être circonscrite ou, si elle se généralise, elle est susceptible de guérison, à moins qu'il ne survienne une perforation secondaire. Il importe donc, au point de vue du pronostic (et aussi du traitement, car le médecin peut se trouver en quelque sorte entraîné à agir avec plus ou moins d'énergie et de persévérance, suivant

le degré de confiance dont il est animé sur l'issue de la maladie), il importe de pouvoir distinguer de bonne heure l'inflammation péritonéale résultant d'une simple contusion de l'intestin, de celle qui est consécutive à un épanchement. D'après les remarques de M. le docteur Mouillié, cette distinction est possible, et c'est précisément de bonne heure, dès le début, et ce n'est que dès le début, qu'on peut discerner des symptômes différents d'une péritonite consécutive à l'une ou à l'autre de ces causes ; après un certain temps, ce sont les mêmes symptômes et les mêmes caractères. Voici comment notre confrère de l'armée trace les signes sur lesquels repose ce diagnostic :

« Dès le début, quand il y a seulement contusion des intestins, les douleurs plus ou moins vives que le malade éprouve n'arrivent que quelques moments, souvent même quelques heures après l'accident, et sont suivies quelquefois d'évacuations sanguinolentes, précédées elles-mêmes de coliques; très-rarement, à l'instant même, l'abdomen est douloureux à la pression et ballonné ; ce n'est qu'après un temps plus ou moins long qu'une sensibilité assez vive se manifeste, que des nausées arrivent. Dès le début le visage est pâle, il y a tendance à la syncope, le pouls est fréquent, la température de la peau normale; mais si l'inflammation, dès qu'elle se manifeste, n'est pas rapidement et énergiquement combattue, on voit surgir tous les symptômes d'une péritonite, conséquence de perforation et d'épanchement.

« Dans cette dernière, le malade éprouve, contrairement à ce qui vient d'être dit, immédiatement après l'événement, une douleur extrêmement aiguë qui se propage avec la plus grande rapidité dans tout le ventre, lequel se ballonne aussi presque instantanément; des nausées suivies rapidement de vomissements de matières verdâtres se manifestent; la douleur abdominale s'exaspère sous la pression et rend tout mouvement excessivement pénible ; instantanément aussi, la face devient extrêmement pâle, grippée, les traits se décomposent, et un amaigrissement marchant avec une rapidité incroyable se produit ; il en est de même du pouls, qui devient petit, misérable, excessivement fréquent; des frissons se font sentir, et le refroidissement de la peau et surtout des extrémités est très-marqué et très-rapide : tels sont, d'une manière générale, les symptômes de début de la péritonite avec épanchement, symptômes qui ne font qu'augmenter de gravité à mesure que la maladie poursuit sa marche.

Du reste, dit M. Mouillié, le traitement est à peu de chose près le même dans l'un et l'autre cas : il doit être immédiat, énergique, rationnel, antiphlogistique, mais, cependant, approprié à la constitution, à l'âge, au tempérament, aux habitudes, à l'état antérieur de santé du blessé, au climat où l'on se trouve, etc. ; c'est surtout, et le plus souvent, de la promptitude des soins donnés que dépend l'enrayement d'une inflammation aussi intense que celle qui se produit sous l'influence d'une contusion abdominale par un coup de pied de cheval. (*Recueil de mém. de méd. milit.*, t. VI, 3e série, 1er fasc.)

Spermatorrhée (*Nouveaux faits témoignant de l'efficacité du bromure de potassium dans la*). Le traitement de la spermatorrhée a fait des progrès réels en ces dernières années : la digitaline, le cubèbe, le lupulin et le bromure de potassium sont des acquisitions précieuses à cet égard. A la suite d'expériences cliniques sur la valeur comparée de ces agents, M. Lafont Gouzi se croit amené à devoir donner la préférence à ce dernier. Le bromure, administré par notre confrère, à la dose de 1 à 2 grammes, en deux doses, dans l'après-midi, a produit de bons effets dans les deux tiers des cas, tantôt en amenant une guérison, tantôt une amélioration plus ou moins marquée, dans la fréquence et l'intensité des pollutions. L'auteur se borne à relater les trois cas suivants :

Obs. I. Seminariste, âgé de dix-huit ans, intelligent et studieux, d'une vocation religieuse énergique et sincère, est amené à avouer que depuis environ quatre mois, une et quelquefois deux pollutions venaient chaque nuit troubler son repos, et le laissaient dans un état de somnolence et de prostration considérables pendant toute la matinée. Il existait un amaigrissement considérable, malgré les bonnes dispositions fonctionnelles de son estomac. Le bromure fut administré à la dose de 1 gramme par jour. Dès la cinquième dose, la spermatorrhée avait cessé et n'a plus reparu, depuis environ quatre ans, que de loin en loin et physiologiquement.

Obs. II. Ce cas n'offre qu'une amélioration momentanée, que l'auteur

rapporte à ce que la médication a été suivie d'une manière incomplète. Il a pour sujet un élève du lycée de Toulouse, âgé de dix-huit ans, intelligent et robuste, qui est atteint de pertes séminales provenant d'excès de masturbation. Les pollutions avaient lieu chaque deux ou trois jours; outre un affaiblissement de la vue dû à une énorme inégalité dans la dilatation des pupilles, le malade se plaignait de faiblesse générale et d'une grande inaptitude au travail. Pendant quinze jours il prit 1 gramme de bromure; dès la première semaine, la spermatorrhée avait cessé. Ce jeune homme revint passer les vacances dans sa famille, à Paris, et les pollutions reparaissant, il fut confié à M. le docteur Teissier, qui voulut d'abord faire pratiquer une cautérisation des parties profondes de l'urètre; M. Nélaton ayant repoussé l'emploi du moyen, il institua un traitement homœopathique, qui resta sans effet, quoiqu'il fut continué lors du retour de l'élève au lycée.

Obs. III. Adulte bien constitué, n'ayant jamais fait d'excès vénérien, et chez lequel l'apparition des pertes se rattache à la présence d'un eczéma de l'anus, avec fissure de la muqueuse. Tout d'abord, le malade, croyant voir simplement son ardeur génésique augmentée, se livre à des abus de coït, que sa vigoureuse constitution lui permet de continuer pendant six mois. Un affaiblissement de la vue, de la lourdeur dans les membres pelviens, une gastralgie permanente, un profond changement de caractère et jusqu'à quelques idées de suicide lui démontrent l'opportunité de recourir aux ressources de la médecine. Un fait assez rare à noter, c'est que chez le malade l'érection durait presque toute la nuit.

La première indication était de combattre l'eczéma, ce que fit M. Lafont en prescrivant l'application d'un large vésicatoire à la cuisse, puis des lavements froids. Dès le cinquième jour une amélioration se manifestait, mais le priapisme fatiguait toujours le malade. Pendant trois mois on essaya inutilement la belladone, la digitaline, le lupulin. Enfin le bromure fut administré et produisit une guérison rapide et franche, pour la sécurité de laquelle le malade supporte et conserve sans traitement, depuis trois ans, une sécrétion eczémateuse fixée aux aisselles.

— Dans les expériences cliniques sur la valeur comparative des divers agents médicamenteux, les auteurs ne se préoccupent pas de poser avec assez de soin les indications thérapeutiques. Ainsi, dans ce dernier cas, l'influence de l'affection dartreuse mise ainsi de côté, la spermatorrhée était bien le résultat d'une irritation portée sur les parties profondes de l'urètre; la preuve, c'est que même l'émission des urines était douloureuse; or, la belladone, pas plus que le lupulin, ne pouvait triompher des pertes lorsqu'elles sont dues à une inflammation des voies séminales. Il n'en est pas de même de la digitaline, et si elle avait été donnée à assez hautes doses, elle eût guéri le le malade, comme le bromure. Peut-être n'eût-elle pas triomphé aussi rapidement de cette érection, qui persistait presque toute la nuit. On voit ce phénomène morbide se montrer quelquefois sans spermatorrhée, et ce serait le cas d'expérimenter la valeur du bromure de potassium sur cet accident isolé. (*Compte rendu de la Soc. de méd. de Toulouse*, 1861.)

Varices *profondes de la jambe. De leur curabilité et de leur traitement.* La curabilité des varices (abstraction faite des moyens chirurgicaux) n'est guère admise, parce qu'on ne reconnaît et ne traite la maladie que dans ses degrés avancés et lorsque les lésions anatomiques sont irrémédiables (insuffisance des valvules, dilatation serpentine des rameaux, avec hypertrophie et altération spéciale de la paroi, etc). Cependant les varices qui surviennent pendant la gestation ou à la suite de certains obstacles temporaires à la circulation veineuse sont certainement susceptibles de guérir, ou au moins de disparaître lorsque la cause est écartée. Il est commun, en effet, de voir des femmes qui présentent à chaque gestation des varices très-manifestes et très-incommodes. L'accouchement venu, tout disparaît, s'amende, et rien ne révèle l'existence antécédente de la maladie. — N'était-il pas logique de penser que les mêmes résultats pourraient être obtenus dans les cas de varices spontanées, à une condition toutefois, c'est qu'on les reconnaîtrait et qu'on les traiterait à leur début. C'est l'idée qui a guidé M. Verneuil dans les savantes recherches qu'il a faites sur les varices profondes de la jambe, sur leurs causes, leur origine, le mécanisme de leur développement, leurs symptômes et enfin leur traitement. Nous emprunterons au travail de M. Verneuil, comme simple spécimen, l'observa-

tion suivante prise au hasard parmi celles qu'il rapporte, et qui fera voir à la fois les symptômes auxquels donnent lieu le plus habituellement les varices profondes, les moyens d'en établir le diagnostic, et enfin l'efficacité des moyens de traitement mis en usage, et en particulier de la compression.

Obs. Un garçon de recette, de quarante-cinq ans environ, de haute taille et de très-forte constitution, alla au printemps de 1859 consulter M. Verneuil pour une transpiration très-gênante qui occupait non-seulement les pieds, mais encore les jambes des deux côtés, plus particulièrement à droite. Sa profession l'obligeait à faire continuellement des courses très-longues; aussi, malgré sa vigueur naturelle, il était harassé de fatigue dès le milieu du jour et surtout aux premières chaleurs. La démarche était chancelante, et il traînait péniblement la jambe droite, qui lui paraissait extrêmement lourde. Le mollet droit était très-volumineux, rénitent, un peu gonflé; le bas de la jambe avait également augmenté de volume, il était devenu cylindrique; le tégument était rouge et comme turgescent; la sueur perlait à sa surface; la veine saphène interne se dessinait sous la peau, sous la forme d'un gros cordon cylindrique rectiligne non variqueux; mais sur le bord interne du pied et dans la région des malléoles, on devinait, à la tension élastique de la peau à travers la tuméfaction en question, une ampliation assez marquée des veinules sous-cutanées. Les mêmes symptômes existaient, quoique à un moindre degré du côté gauche. C'était vers le soir surtout que le gonflement, l'engourdissement et la faiblesse musculaire atteignaient à leur plus haut degré. Cet état durait depuis plusieurs années; il s'aggravait toujours. Le patient s'en inquiétait et s'étonnait d'avoir la jambe aussi faible, alors que jamais il ne s'était senti aussi vigoureux du reste.

En présence des phénomènes que nous venons de décrire : consistance particulière du mollet, œdème périarticulaire, sueurs diffuses de la jambe, soulagement dans le décubitus, joints aux symptômes subjectifs, M. Verneuil se crut suffisamment autorisé à diagnostiquer une phlébectasie profonde, diagnostic parfaitement justifié par l'événement, comme on va le voir. En effet, d'abord en faisant asseoir cet homme, en élevant fortement la jambe et pratiquant pendant un quart d'heure un massage méthodique dirigé des orteils vers le genou, il obtint, séance tenante, un soulagement très-manifeste. Il prescrivit donc les moyens convenables, c'est-à-dire le bas élastique et les lotions froides astringentes. Ces moyens ne furent d'abord appliqués qu'à la jambe droite, où ils firent merveille. Aussi le malade ne tarda-t-il pas à traiter de la même manière la jambe gauche. M. Verneuil avait recommandé, avant l'application des bas élastiques, trois jours de repos absolu, les membres inférieurs étant tenus dans l'élévation, précaution dont tout le monde comprendra la valeur.

Trois semaines plus tard, cet homme, tout heureux du résultat obtenu, retourna vers M. Verneuil, qui constata l'état suivant : l'œdème et la turgescence avaient disparu; il vit alors plus distinctement à droite, autour des malléoles et le long du tibia, quelques serpentins d'un petit volume que le malade lui-même n'avait pas remarqués. A gauche, il n'y avait presque rien. Pendant dix-huit mois environ, l'usage des bas élastiques ne fut pas interrompu. Mais plus tard les bas étant usés, ils ne furent point remplacés; et malgré cette négligence, la guérison se maintint très-bien. (*Gaz. hebdom.*, juillet 1861.)

Vésicants (*Coup d'œil sur les*) *employés dans l'Inde.* On a recours, le plus ordinairement, et depuis bien longtemps, pour obtenir la vésication, à la cantharide officinale, dont l'usage est à peu près exclusif chez nous. Il n'en est pas de même dans quelques pays, où on lui substitue avec avantage certains autres coléoptères. C'est ainsi que dans l'Inde plusieurs médecins, notamment MM. Rey (de Madras), et Collas (de Pondichéry), ont annoncé avoir obtenu les meilleurs effets de l'emploi de plusieurs espèces de mylabres, telles que les *mylabris cichoris*, *punctum* et *pustulata*. Plus récemment, M. Jules Lépine, pharmacien de la marine, a trouvé une troisième espèce de mylabre, qu'il désigne sous le nom de *mylabris indica*, et qu'on peut substituer avec avantage aux cantharides; son prix peu élevé la rend une précieuse acquisition pour la matière médicale indienne. Le *mylabris indica* offre surtout l'avantage d'être plus actif que la cantharide, de se pulvériser plus facilement; on peut le soumettre à une température de 60° sans lui faire perdre la propriété

vésicante ; il a donné, à l'analyse : cantharidine 1,68 pour 100 grammes. Les mylabres ne sont pas, du reste, les seuls vésicants employés dans l'Inde ; et, de même qu'en Europe, on fait quelquefois usage du garou pour entretenir la vésication ; les naturels des marais de Pondichéry emploient le *plumbago zeylanico* et *l'ammania vesicatoria*. La première de ces plantes a une racine brune, striée, ayant en moyenne la grosseur d'un tuyau de plume, sur 20 à 30 centimètres de longueur ; l'écorce en est brune et recouvre une partie ligneuse qui, rosée à la circonférence, est d'un blanc sale au centre. D'après M. O'Shanghnessy, elle a une action vésicante égale à celle de la cantharide ; réduite en pâte et appliquée sur la peau, elle produit de la douleur au bout de cinq minutes, et la vésication est complète douze à dix-huit heures après l'application. Le grand avantage du *plumbago zeylanica* est d'être sans action sur les organes urinaires. *L'ammania vesicatoria* est une petite plante très-usitée par les naturels. On avait prétendu que les feuilles pilées produisent la vésication en une heure, tandis que O'shanghnessy n'a obtenu cette action que douze et même vingt-quatre heures après l'application. D'après ce médecin, les douleurs qu'elle détermine sont beaucoup plus vives que celles que provoquent les mylabres et le plumbago; aussi la considère-t-il comme inférieure aux autres vésicants qui sont employés dans l'Inde. (*Gaz. hebdom.*, août 1861.)

VARIÉTÉS.

MM. Monneret, médecin de l'hôpital Necker, et Guéneau de Mussy, médecin de l'hôpital de la Pitié, sont nommés médecins de l'Hôtel-Dieu, en remplacement de MM. Legroux et Piedagnel, décédés.

M. Thibault, chirurgien de première classe de la marine, est promu au grade de chirurgien principal.

Des concours doivent s'ouvrir le 1er octobre dans les Ecoles de médecine navale ; ils ont pour objet : à Brest, 7 places de chirurgiens de première classe ; 11 places de chirurgiens de deuxième classe ; 14 places de chirurgiens de troisième classe ; — à Toulon, 5 places de chirurgiens de première classe ; 9 places de chirurgiens de deuxième classe ; 7 places de chirurgiens de troisième classe ; — à Rochefort, 1 place de chirurgien-professeur ; 2 places de chirurgiens de première classe ; 4 places de chirurgiens de deuxième classe ; 4 places de chirurgiens de troisième classe.

M. le docteur Houzé, de Bruxelles, qui depuis dix années donne gratuitement ses soins à la Société de bienfaisance française de cette ville, vient d'être nommé chevalier de la Légion d'honneur.

La même décoration a été donnée à M. le docteur Octave Lecomte, maire de la ville d'Eu, et médecin depuis vingt années de l'hôpital de cette ville. Notre honorable confrère est aussi membre du Conseil général de la Seine-Inférieure.

L'Empereur vient d'accorder, sur sa cassette, une pension de 1,200 francs à la veuve de M. le docteur Chaillou (de Montoir), mort victime des soins qu'il a donnés aux malades atteints de l'épidémie qui s'était récemment manifestée à Saint-Nazaire.

Pour les articles non signés, E. DEBOUT

THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE.

Considérations sommaires sur l'érysipèle et son traitement.

Par M. le docteur Marrotte, médecin de l'hôpital de la Pitié.

La lecture des auteurs, et bientôt après l'expérience, nous apprennent que l'érysipèle, cette affection habituellement bénigne, peut s'accompagner de symptômes graves et devenir mortelle, surtout lorsqu'elle règne d'une manière épidémique. Les malades des hôpitaux de Paris et plusieurs de nos confrères ont payé dernièrement un douloureux tribut à une épidémie de ce genre. Il y a donc un intérêt sérieux à posséder des notions exactes sur la nature de cette affection et sur la valeur des moyens qui peuvent en conjurer les dangers.

Celui qui étudie, dans cette intention, les travaux modernes doit éprouver un embarras pénible; à part quelques rares exceptions, les auteurs qui se sont occupés de l'érysipèle paraissent avoir obéi à une double préoccupation. La première les a conduits à regarder comme une espèce pathologique, douée d'une existence complétement autocratique et soustraite aux lois générales de la pathologie, un état morbide qui présentait des caractères assez particuliers pour mériter une description à part. Elle a eu pour conséquence naturelle la recherche des spécifiques ou l'application d'un traitement uniforme. Egarés par la seconde, ils ont fait de l'affection locale l'origine, le centre, l'aboutissant de tous les phénomènes de la maladie, de toutes les indications qui surgissent dans son cours. A les entendre, il semble que tout est dit, tout est terminé dès qu'on est parvenu à supprimer l'affection locale... quand on la supprime !

On n'est pas moins embarrassé par la multiplicité et la divergence des agents généraux et locaux dirigés contre l'exanthème, depuis la saignée et l'émétique jusqu'au perchlorure de fer, depuis l'amidon et l'axonge jusqu'au nitrate d'argent. Expérimentés la plupart du temps sans choix et sans méthode, ces moyens ont été préconisés ou rejetés, non pas parce qu'ils répondaient à une indication déterminée, mais parce que le hasard avait fait coïncider avec leur emploi une durée moyenne de maladie, une proportion de guérison, favorable en apparence : résultat qui change avec un autre expérimentateur ou avec le même expérimentateur, placé dans des circonstances différentes de temps, de lieu, d'épidémie, etc.

En veut-on des exemples? Un auteur arrive à cette singulière conclusion, que la saignée abrége la durée de l'érysipèle de trois quarts de jour, sans s'être demandé ce que c'est que l'érysipèle, s'il y en a de diverses espèces et si la saignée convient d'une manière générale à son traitement. Combien de médecins conseillent l'émétique, uniquement pour suivre la méthode de Desault. D'autres s'appuient bien sur la nature bilieuse de la maladie, mais sans se douter que tous les érysipèles ne sont pas d'origine gastrique; d'autres conseillent le perchlorure de fer dans les érysipèles graves, soit spontanés, soit surtout traumatiques, sans se demander si cette gravité résulte toujours des mêmes causes, sans définir ce qu'ils entendent par érysipèles traumatiques.

Passons aux moyens locaux et le résultat sera le même. La compression, le vésicatoire, le fer rouge, le nitrate d'argent, les onctions mercurielles, la pommade au calomel, les acides étendus, le camphre, etc., ont eu et ont encore leurs prôneurs. Qu'en dit M. Velpeau? (*Bulletin de Thérapeutique*, t. XXII, p. 166.)

Tous les malades traités par la compression ont gardé leur érysipèle de six, huit à vingt jours. La rougeur diminuait sous le bandage, mais sans cesser d'être mordicante, douloureuse sur les points comprimés. Le vésicatoire, appliqué soit au centre de l'érysipèle, soit au delà, soit enfin sur les confins du mal, n'a jamais abrégé sensiblement sa durée commune. L'azotate d'argent n'a pas donné de résultats plus satisfaisants. « L'onguent mercuriel ne guérit pas, n'arrête pas l'érysipèle. » Si M. Velpeau a cru un instant, en 1831 et 1832, que ce moyen avait réellement une certaine efficacité, « ce n'était qu'une illusion; » et ainsi des autres. Aussi, en désespoir de cause, et guidé par une idée théorique, se rejette-t-il sur un nouveau moyen, le protosulfate de fer; encore ne lui reconnaît-il d'autre vertu que de faire disparaître chaque poussée érysipélateuse en vingt-quatre ou quarante-huit heures, sans empêcher l'érysipèle ambulant, éteint à son point de départ, de se développer même sur des régions déjà enduites et imbibées de la préparation ferrugineuse, et sa grande sagacité pratique lui inspire la sage restriction d'attendre des expériences plus nombreuses et plus variées, afin qu'elles soient concluantes. Et, cependant, tous ces moyens généraux ou locaux ont leur utilité, lorsqu'ils sont employés à propos.

§ Je vais essayer de démontrer qu'en dépit de sa physionomie originale, qui lui mérite une description à part, l'affection désignée sous le nom d'*érysipèle*, étudiée au point de vue clinique et abstraction faite de toute théorie, ne peut être considérée comme une

maladie essentielle; que sa manifestation sur la peau ou sur les muqueuses se rattache toujours à l'existence d'un autre état morbide, dont elle est une superfétation; que son caractère benin ou grave, sa marche, sa durée, son pronostic et son traitement varient selon les maladies dont elle est le satellite. J'espère démontrer, en un mot, que, pour posséder des notions pratiques sur l'érysipèle, il faut rentrer dans les voies de la tradition. « In erysipelate curando, in primis febris hoc ipsum comitantis, « tum causarum epidemiæ regnantis ac subjecti ratio habenda » (J.-P. Frank, t. III, p. 96), en mettant à profit, cela va sans dire, les acquisitions de la science moderne, en tenant compte de la lésion locale, en appliquant à la détermination clinique des indications la méthode d'analyse, si heureusement inaugurée par l'Ecole de Montpellier sous le nom de doctrine des éléments morbides.

Pour donner une idée aussi exacte que possible de la manière dont je comprends le traitement de l'érysipèle, je l'étudierai sous les trois aspects suivants : 1° Comme épiphénomène des fièvres; 2° Comme affection symptomatique, métastatique ou critique d'autres états pathologiques; 3° Comme affection locale.

I. Selon J.-P. Frank, d'accord en cela avec les médecins du siècle dernier, la principale différence de l'érysipèle se tire de la fièvre qui l'accompagne : « sed maxima erysipelatis differentia ab « illa febris sibi conjunctæ, nunc nervosæ, nunc gastricæ, nunc « vero inflammatoriæ, derivanda est; nec solum id quod simplex « vocavimus, sed et phlegmonosum erysipelas cum febre nunc illa, « nunc ista copulatur. »

Pour peu qu'on ait étudié l'érysipèle au lit du malade, et qu'on ait su se soustraire aux préoccupations que j'ai signalées plus haut, et surtout à celle qui fait nécessairement de la lésion locale l'origine et le centre de tous les accidents, il est impossible de ne pas reconnaître l'exactitude et la portée des opinions de nos prédécesseurs.

Je ne reproduirai pas ici les considérations générales auxquelles je me suis livré dans un autre travail (De la fièvre synoque péripneumonique; Archives génér. de méd., t. II, 1855) sur les fièvres, « ces maladies à marche aiguë fébrile, à terminaisons critiques, à type particulier et distinct, » et sur le rôle qu'y jouent les lésions locales. Me renfermant dans l'histoire clinique de l'érysipèle, je dis qu'il est impossible de méconnaître, dans l'immense majorité des cas, pour ne pas dire toujours, un rapport intime entre les phases de l'affection cutanée (marche, durée, terminaison) et les circon-

stances correspondantes de la fièvre. L'exanthème peut débuter en même temps que les troubles généraux ; mais il ne les précède jamais. Il est plus habituel de voir la fièvre se manifester plusieurs heures et même plusieurs jours avant lui. Que la durée de la maladie générale soit circonscrite dans des limites fixes, comme l'éphémère ou la synoque, ou que son évolution s'accomplisse dans un espace de temps moins rigoureusement limité, comme pour les fièvres gastriques ou catarrhales, l'exanthème s'arrêtera, disparaîtra avant la pyrexie, mais il ne progressera pas au delà.

Les rapports de la fièvre et de l'affection locale ne sont pas moins évidents pendant le cours de la maladie ; ses progrès, ses rémissions, ses paroxysmes suivent ceux de la fièvre comme l'ombre suit le corps. Cela est facile à démontrer lorsque ces rémissions et ces exacerbations sont soumises à un type régulier, tierce ou double tierce; stationnaire pendant la rémission, l'exanthème ne progresse que pendant la durée de l'accès.

De la connaissance exacte de la fièvre se déduira donc le pronostic de l'érysipèle ; elle seule aussi permettra d'apprécier la valeur réelle des agents thérapeutiques.

Les limites qui me sont imposées dans un simple mémoire ne me permettent pas de décrire les différentes fièvres que l'érysipèle peut accompagner avec tous les développements qu'elles comportent. Je me contenterai de considérations sommaires, suffisantes pour faire comprendre les rapports qui existent entre elles et la lésion locale, et pour en tirer des inductions thérapeutiques. Je renverrai pour le reste aux traités spéciaux sur la matière.

§ J.-P. Frank et ses prédécesseurs ne me paraissent pas avoir épuisé l'observation, en énumérant les fièvres inflammatoires, gastriques et nerveuses, comme susceptibles de se compliquer d'érysipèle. Il existe deux espèces de fièvres de nature essentiellement bénigne que je n'ai trouvées décrites dans aucun livre ancien, et qui me paraissent également méconnues par les modernes : je veux parler de l'éphémère et de la synoque érysipélateuse. Enfin certaines épidémies observées dans les salles de chirurgie et dans les maisons d'accouchement, et mieux étudiées depuis un certain nombre d'années, conduisent à admettre des érysipèles d'origine septique et typhique.

Fièvre éphémère érysipélateuse. — On voit de temps en temps, et à certaines époques, des individus différents d'âge, de sexe et de tempérament, mais le plus souvent des enfants, des femmes, ou des personnes d'un tempérament lymphatique, être pris tout à coup sans cause évidente ou à la suite d'une cause occasionnelle insigni-

fiante, d'un léger sentiment de froid, d'un peu d'horripilation, d'accélération du pouls, de malaise et d'inappétence, symptômes généraux bientôt suivis de l'apparition sur un point du tégument, habituellement au visage et principalement sur le bout du nez ou le lobule de l'oreille, d'une plaque rouge, circonscrite, élevée au-dessus du niveau de la peau et douloureuse au toucher, plaque qui présente par conséquent les caractères de l'érysipèle et non ceux de l'érythème, comme on me l'a objecté, et n'acquiert jamais une étendue considérable.

D'autres fois, le début est plus marqué : il a lieu par un frisson. Dans un cas que je rapporterai plus loin, ce frisson fut intense et dura deux heures ; en même temps, céphalalgie plus ou moins intense, mouvement fébrile plus ou moins prononcé, mais dont les symptômes conservent toujours les caractères de la bénignité. Dans ces cas, la surface érysipélateuse est, en général, plus étendue.

Le lendemain, tout est rentré dans l'ordre : dans les cas légers, à la suite d'une simple moiteur ; dans les cas plus intenses, la fièvre se juge par une sueur générale, douce, halitueuse, par un herpès labialis ; plus rarement par de la diarrhée. Le plus souvent l'exanthème a déjà rétrogradé ou du moins il a cessé de progresser et disparaît complétement après douze ou quinze heures.

On conçoit sans peine quel triomphe les cas de ce genre préparent à toutes les méthodes jugulantes internes ou externes.

Synoque érysipélateuse. — A la synoque érysipélateuse se rattachent un certain nombre d'érysipèles bénins, dans lesquels la manifestation cutanée, tout en ayant une durée variable, est néanmoins circonscrite dans les limites extrêmes de quatre, sept ou dix jours.

Cette espèce est le plus souvent épidémique. Étant donnée la prédisposition inconnue qui prépare la phlogose érysipélateuse, elle reconnaît les mêmes causes que la synoque simple. Elle en a l'invasion brusque, les symptômes généraux, la marche, les terminaisons, les crises et la bénignité ; elle n'en diffère que par la présence de l'érysipèle. Son existence se démontre par les procédés analytiques qui m'ont servi à établir celle de la synoque péripneumonique.

L'exanthème peut apparaître presque en même temps que le mouvement fébrile ou quelques heures après. D'autres fois il se passe douze, vingt-quatre et même trente-six heures. Dans quelques cas plus rares, mais bien propres à montrer la prééminence de la fièvre sur l'affection locale, il ne se montre qu'au milieu du septénaire (du troisième au quatrième jour). Une fois, il a attendu le cin-

quième jour, et, malgré cette apparition tardive, il ne s'est pas prolongé au delà des limites assignées à la fièvre ; il n'a duré que quarante-huit heures.

Les conséquences du diagnostic exact de la fièvre sont faciles à saisir. Il permet non-seulement d'affirmer la bénignité de la maladie, quelle que soit l'intensité des symptômes : bénignité quant aux terminaisons, cette espèce d'érysipèle ne suppure pas, ne se termine pas par gangrène ; bénignité quant au siége, je ne l'ai jamais vu occuper les membranes muqueuses. Il permet de prédire la disparition de l'érysipèle pour un jour déterminé ; mais il a surtout l'avantage d'épargner au malade un traitement inutile ou dangereux, s'il est énergique ; au médecin des déceptions, en ne lui permettant pas d'attribuer à telle ou telle médication, soit générale, soit locale, la guérison ou l'abréviation d'une maladie dont la durée est strictement limitée. Si la thérapeutique intervenait par la saignée, le nitre, la poudre d'amidon, l'axonge ou tout autre moyen, elle n'aurait, la plupart du temps, pour résultat que de soulager, d'amoindrir les symptômes ; et si elle parvenait à supprimer brusquement la manifestation cutanée, sans résultat fâcheux, il serait dangereux de conclure qu'on pourrait le faire impunément dans toutes les espèces d'érysipèle.

Fièvre inflammatoire érysipélateuse. — Sous le nom de *fièvre inflammatoire*, beaucoup d'auteurs désignent la synoque et même l'éphémère. Tel est, par exemple, Hoffmann, qui appelle la synoque *febris sanguinea*, et qui, en vertu de cette nature sanguine, emploie largement et quelquefois bien inutilement la saignée. Mais il existe, en dehors de ces deux maladies, un état pyrétique, moins essentiel en quelque sorte, parce qu'il s'accompagne ordinairement d'une phlegmasie locale, et qui en diffère sous plusieurs rapports.

Quoique la fièvre inflammatoire, proprement dite, puisse se développer tout à coup, elle est plus souvent précédée de symptômes précurseurs, tels que sentiment de torpeur, d'inquiétude, de chaleur intérieure, d'insomnie, rougeur de la face, pesanteur de tête, vertiges, tintement d'oreilles, soif, perte d'appétit, douleurs dans les articulations et les lombes, et quelquefois d'épistaxis.

Elle débute ordinairement par un froid assez intense, quoique de courte durée. La chaleur y est plus forte, quoique douce au toucher, le pouls plein, dur et quelquefois opprimé, le plus souvent fréquent et toujours régulier. La face et le corps rougissent ; les yeux deviennent brillants, la soif est intense, etc. ; l'urine en petite quantité est brûlante ; le sang tiré de la veine est couenneux ; sa marche

est continue, on n'y observe ni les stades, ni les crises multiples de la synoque; elle se complique plus ou moins promptement d'une phlegmasie locale. Quoiqu'elle puisse se terminer au septième jour, le plus ordinairement par des hémorrhagies, des sueurs et des urines sédimenteuses, elle peut se prolonger au delà, surtout si elle est intense et si l'orgasme fébrile n'a pas été modéré par la saignée, le nitrate de potasse et tout l'appareil des moyens antiphlogistiques.

L'érysipèle qui accompagne quelquefois la fièvre inflammatoire participe nécessairement de sa nature ; aussi comporte-t-il l'ensemble des moyens thérapeutiques énumérés plus haut, et en particulier la saignée, qui, employée à temps et dans la mesure suffisante, peut abréger la durée du mal et lui permettre d'accomplir son évolution en huit jours. La saignée enfin peut calmer le délire et prévenir les complications cérébrales, dans le cas spécialement où l'érysipèle siége à la face et au cuir chevelu.

Il ne faut pas confondre avec la fièvre inflammatoire franche l'éréthisme inflammatoire, qui constitue un élément plus ou moins important, plus ou moins durable de la fièvre bilieuse, catarrhale ou même putride. La médication antiphlogistique, et la saignée en particulier, ne constituent alors qu'une indication accessoire et doivent toujours être employées avec réserve, c'est-à-dire en se souvenant de la nature et des indications fondamentales de la maladie principale. L'observation journalière confirme cette remarque sur laquelle J.-P. Frank insistait déjà.

Il n'est pas moins utile de rappeler, avec cet auteur, que la coloration jaunâtre de l'exanthème, les vomituritions et les vomissements eux-mêmes d'une matière amère, auxquels on peut ajouter l'enduit jaunâtre de la langue, n'indiquent pas d'une manière infaillible que l'érysipèle soit d'origine gastrique et contre-indiquent la saignée. Ces symptômes peuvent être une conséquence du mouvement fébrile, d'erreurs de régime, de boissons abondantes et muqueuses et non de la crase bilieuse. La constitution médicale, l'état du pouls, la céphalalgie, les vertiges, la chaleur âcre de la peau, la fétidité de l'haleine, le tremblement de la langue, etc., fournissent des renseignements plus certains.

Fièvres gastriques ou dyspepsiques érysipélateuses. — Les fièvres gastriques à forme bilieuse ou muqueuse sont si fréquentes; les dyspepsies nidoreuses se joignent si souvent comme symptôme ou comme complication à la plupart des maladies aiguës ; enfin, les idées et l'enseignement de Stoll ont laissé une impression si pro-

fonde, que, par une exception qui m'étonne après les nombreux revirements de l'opinion médicale, il est peu de personnes qui n'admettent la relation qui existe entre ce genre d'affection et l'érysipèle. Et, comme c'est là, pour beaucoup, une opinion traditionnelle et empirique plutôt que raisonnée, la méthode évacuante devient quelquefois une médication banale qui n'est pas toujours appliquée aux seuls cas qui la réclament et avec la mesure convenable. Or, tous ceux qui ont approfondi l'histoire des dyspepsies nidoreuses, savent qu'elle a ses indications comme toutes les autres médications, et qu'elle ne suffit pas toujours à remplir toutes celles qui se présentent dans le cours de ces maladies.

Je n'ai ni l'intention, ni la possibilité de tracer ici une histoire complète des dyspepsies nidoreuses et de leurs rapports avec l'érysipèle. Je me contenterai d'en rappeler les traits principaux, renvoyant au traité de M. Gendrin ceux qui désireront des notions complètes.

Nous avons dit qu'il y avait peu de maladies aiguës auxquelles les dyspepsies nidoreuses ne se joignent comme symptôme ou dont elles ne puissent être une complication. Tantôt simple conséquence de la fièvre, d'erreurs de régime, de l'abus des boissons adoucissantes et muqueuses, tantôt développées sous l'influence des constitutions saisonnières ou épidémiques, elles se joignent aux maladies les plus diverses et leur impriment une manière d'être particulière.

Dans le premier cas, elles ne se montrent que dans le cours de la maladie, se rattachent aux circonstances indiquées ci-dessus et représentent un simple incident. Les évacuants pourront donc être accidentellement indiqués dans l'érysipèle, sans en constituer l'indication fondamentale. Dans le second, on rencontre la complication de deux ordres de causes, celles de la dyspepsie et celles de la maladie ; on y retrouve aussi les deux ordres de symptômes. L'existence de la dyspepsie y est, en général, moins passagère que tout à l'heure, et, chose importante à noter pour le traitement, on ne peut, en général, arriver à traiter directement et en elle-même la maladie qu'elle complique, qu'en déblayant les saburres gastriques, comme aurait dit l'école de Vienne. C'est pourquoi, y eût-il un spécifique de l'érysipèle, il n'échapperait pas plus que le quinquina à cette loi thérapeutique.

Lorsque l'érysipèle est d'origine purement gastrique, comme toutes les autres formes épiphénoméniques, il présente cette particularité, que les symptômes propres à la fièvre gastrique se montrent comme phénomènes prédominants, alors que l'exanthème est encore peu prononcé ; et quand celui-ci est à son plus haut degré,

pendant la période la plus intense de la maladie, les symptômes dyspepsiques abdominaux ne sont jamais tellement effacés qu'ils ne se reconnaissent facilement. En un mot, pour découvrir la nature gastrique de l'érysipèle, il faut faire abstraction de la lésion et rechercher s'il n'existe pas, en dehors d'elle, un état pathologique essentiel, reconnaissable à ses symptômes propres. (Voir la fièvre synoque péripneumonique, *loc. cit.*)

Il faut encore connaître les formes bilieuse ou muqueuse, éphémère, rémittente, continue, adynamique et ataxique de la fièvre gastrique; les diverses variétés de ses différentes formes, fièvres hélode, lipyrienne, hémitritée, etc.; leur marche, leurs terminaisons, leur conversion en fièvres intermittentes; les phlegmasies externes épiphénoméniques et critiques qui se manifestent dans leur cours, et parmi lesquelles figure l'érysipèle, dans certaines conditions épidémiques. Fréquent dans le cours des fièvres rémittentes gastriques, l'érysipèle l'est un peu moins dans les fièvres continues; son invasion succède souvent à la suppression spontanée ou provoquée par l'art de flux diarrhéiques bilieux. Et, comme nous l'avons déjà dit, l'intensité des symptômes gastro-intestinaux, les paroxysmes de la fièvre mesurent l'intensité et déterminent les exacerbations des phénomènes érysipélateux, leur marche, leur durée et leur terminaison.

De toutes ces circonstances naissent des indications et des contre-indications diverses. Si la maladie est légère, le régime, les boissons délayantes suffiront; si le mouvement fébrile est intense et continu, non-seulement les boissons froides, mais les lotions et les affusions froides sont indiquées; la saignée elle-même peut devenir nécessaire, tandis que les évacuants, donnés sans mesure ou concentrés, deviendraient funestes. Ils conviennent, au contraire, lorsque l'éréthisme général et l'éréthisme local des membranes muqueuses a suffisamment diminué pour permettre aux sécrétions de s'accomplir.

A un moment donné, les amers, les aromatiques et même les toniques, succéderont aux délayants et aux évacuants. On opposera à la périodicité le quinquina ou le sel ammoniac, comme le préférait Schmidtmann; à l'adynamie, le vin, le quinquina; à l'ataxie, la valériane, le camphre et le musc.

Si l'érysipèle succède souvent à la suppression de la diarrhée, s'il est métastatique ou critique, on comprendra le danger de ces agents topiques qui ont la prétention de supprimer l'exanthème et qui, fort heureusement, n'y réussissent pas toujours.

Je n'ai fait qu'ébaucher l'histoire de l'érysipèle bilieux, et je demande si son traitement doit toujours se borner à l'emploi plus ou moins large des émétiques ou des purgatifs, à l'application d'un topique plus ou moins énergique.

Fièvre catarrhale érysipélateuse. — La fièvre catarrhale ne jouit pas du même privilège que la fièvre gastrique ; ses rapports avec l'érysipèle ont moins de notoriété, quoiqu'ils soient aussi réels. Comme pour la fièvre gastrique, nous renverrons aux auteurs pour l'étude complète de la maladie, nous contentant de rappeler les circonstances capitales, celles qui peuvent servir à l'intelligence du traitement.

Les auteurs distinguent avec raison deux sortes de fièvres catarrhales, l'une ordinaire ou saisonnière; l'autre insolite et épidémique, plus connue sous le nom de *grippe*, et qui diffère habituellement de la première par une prostration particulière des forces et par les symptômes d'adynamie ou d'ataxie qui l'accompagnent.

Cette distinction faite, les fièvres catarrhales se rattachent à trois formes principales. La première, que j'appellerai *inflammatoire*, et qui comprend, selon moi, la fièvre rhumatismale de J. Frank; la seconde, fièvre catarrhale diacritique ; la troisième, fièvre catarrhale périodique. L'une caractérisée par un mouvement fébrile plus continu, par un éréthisme inflammatoire plus marqué et par une facilité moins grande des muqueuses à fournir des sécrétions faciles et abondantes. C'est le contraire pour la seconde, dans laquelle les sécrétions muqueuses s'élaborent en quantité et sans peine. La dernière, enfin, est caractérisée par la marche rémittente et même périodique des exacerbations paroxystiques sous le type tierce ou double tierce. L'épidémie de 1782, décrite par Strack, en est un exemple instructif. Ces trois formes, quelquefois bien tranchées dans certaines épidémies, peuvent se mêler, non-seulement pendant la même constitution médicale, mais dans le même cas particulier, dont elles ne constituent alors que des stades. L'état inflammatoire ouvre la scène, puis la diacrise a lieu, et enfin les paroxysmes et les rémissions deviennent franchement périodiques. La marche paroxystique, la tendance à se juger par des sueurs et par des urines critiques, complètent le tableau des affections catarrhales.

Mon esprit, comme beaucoup d'autres, s'est refusé d'abord à admettre un érysipèle satellite de la fièvre catarrhale; mais l'expérience, *summa rerum magistra*, m'a conduit à reconnaître qu'il en était ainsi, et que l'exanthème conservait avec la fièvre catarrhale les mêmes rapports de dépendance qu'avec la fièvre gastrique : tantôt épiphé-

nomène, tantôt métastase ou crise. Les conclusions cliniques ont nécessairement été les mêmes, et le traitement auquel je me suis arrêté, après quelques essais, a été, en définitive, celui de la maladie. A la forme inflammatoire, j'ai opposé très-accidentellement la saignée, le plus habituellement les boissons chaudes abondantes, la diète, le séjour au lit, quelquefois les antimoniaux à doses réfractées, seuls ou associés à l'opium ou au camphre. A la forme diacritique, les mêmes moyens, aidés souvent des émétiques; à la périodicité, le sulfate de quinine, qui ne peut pas être remplacé ici par un de ses succédanés. L'ataxie a été combattue par la valériane, le musc, l'opium; l'adynamie, par le vin, le quinquina. Si la périodicité venait compliquer l'ataxie et l'adynamie, le sulfate de quinine, associé aux médicaments précédents, aidait à remplir la double indication, et cela au grand profit des malades, car les fièvres catarrhales périodiques, abandonnées à elles-mêmes, conservent souvent des proportions modérées et se terminent heureusement; mais il est rare que la durée n'en soit pas plus longue, que la convalescence ne se prolonge pas, au lieu d'être franche et rapide, comme dans les cas régulièrement traités par le quinquina. Il y a, par contre, des cas, plus fréquents qu'on ne pense, ceux dont la marche est continue rémittente, en particulier, dans lesquels les accès s'allongent, deviennent plus graves, dans lesquels, enfin, les caractères de la périodicité s'effacent au point de tromper un œil exercé; et les malades meurent dans un état comateux qu'a précédé le délire, lorsqu'il aurait suffi de quelques grammes de sulfate de quinine pour prévenir un pareil résultat.

Pour n'être pas toujours aussi funestes, les conséquences d'un diagnostic erroné n'en ont pas moins, quelquefois, une certaine importance.

En 1859, une femme de cinquante et quelques années entra dans mon service, atteinte depuis six jours d'un érysipèle de la face avec fièvre. Depuis deux ou trois jours, les accidents généraux s'étaient aggravés. La fièvre augmentait le soir et il y avait du subdelitium la nuit. Mon interne, trompé par un enduit légèrement jaune de la langue, administra une bouteille d'eau de Sedlitz, le jour de l'entrée, sur les cinq heures après midi : il y eut des selles copieuses et abondantes.

Le lendemain matin, la malade n'avait plus de délire, mais se trouvait dans un état en apparence fort grave. La figure était abattue; la peau couverte de sueur froide dans les parties exposées à l'air, mais d'une chaleur douce sous la couverture; le pouls inégal,

irrégulier, intermittent, analogue à celui que détermine la présence des concrétions fibrineuses dans le cœur; les battements de cet organe présentaient des caractères analogues à ceux du pouls; toutefois, la langue était humide et l'œil conservait une certaine vivacité.

Je fus un moment désarçonné, je l'avoue, par l'apparition si soudaine de phénomènes graves à une époque de la maladie où ils sont rares. Il y avait entre les divers symptômes une contradiction que je ne m'expliquais pas. Pourquoi le délire avait-il cessé? Pourquoi la langue était-elle plus humide que la veille? Pourquoi la sueur n'était-elle pas froide au moment où d'autres symptômes graves étaient survenus?

La sueur me frappa plus que les autres symptômes. Je repris l'histoire de la malade avec soin, et je ne tardai pas à me convaincre que j'avais sous les yeux une fièvre catarrhale érysipélateuse à marche périodique. Pour m'en assurer, je suspendis tout traitement actif, et le soir il y eut, comme les jours précédents, un accès précédé de frisson et terminé, le matin, par de la sueur, avec pouls large, développé, ondulant. Quant à l'explication de la perturbation observée la veille, elle se trouvait dans l'emploi intempestif d'un purgatif. Le troisième stade de l'accès tendait à déterminer un mouvement d'expansion, pendant que le purgatif en déterminait un de la périphérie au centre, et le cœur incertain oscillait entre ces deux impulsions contraires. Le résultat n'a pas été funeste dans cette circonstance: en eût-il été de même, si les accès eussent été accompagnés de symptômes graves? *(La fin au prochain numéro.)*

THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE.

Un mot encore sur la contracture spasmodique du sphincter du vagin, à propos de nouveaux faits.

La note que nous avons publiée sur la contracture du sphincter vaginal nous a valu des communications si nombreuses et si étendues, qu'il nous serait difficile de les insérer toutes. Ne voulant laisser perdre aucun de ces documents, nous résumerons ceux que nous ne pourrons reproduire intégralement.

La publication récente de notre article nous aurait fait remettre ce travail complémentaire à quelques mois, pour ne pas fatiguer l'attention de nos lecteurs; mais nous avons reçu une réclamation d'un chirurgien pour lequel nous professons une estime bien sen-

tie, et nous voulons nous empresser de réparer les quelques erreurs qu'il croit que nous avons commises à son égard.

« Dans l'historique que vous tracez de la maladie qui fait le sujet de votre article, nous écrit M. Huguier, vous semblez rapporter à M. Pinel-Grandchamp l'honneur de la découverte de cette maladie, de son analogie avec la contracture spasmodique du sphincter anal, et de son traitement par l'incision, en plaçant les paroles suivantes dans la bouche de Dupuytren, faisant une leçon sur la contracture spasmodique de l'anus : « Cette fissure, liée au spasme douloureux, n'avait jusqu'alors été vue que dans la région anale. M. Pinel-Grandchamp a observé un cas tout semblable à la vulve. La contraction était devenue si grande, que les devoirs du mariage ne pouvaient plus être remplis. Convaincu de l'analogie de cette maladie avec la fissure à l'anus, M. Pinel-Grandchamp fit une incision profonde, qui divisa dans une étendue de deux pouces la fourchette, la muqueuse et le constricteur de la vulve ; le resserrement cessa et les choses revinrent comme par le passé. » (Dupuytren, *Leçons orales de clinique chirurgicale*, 2e édition, t. IV.)

« A la page 112 de votre *Recueil* vous dites : « En 1837 M. Huguier a publié dans sa thèse deux nouveaux cas de contracture vaginale, que nous reproduisons à la fin de notre article. » A la page 115, vous ajoutez, en parlant du traitement de l'affection : « Dans les observations publiées par MM. Pinel-Grandchamp et Huguier, le traitement a consisté en une opération sanglante..... »

« Vous avez oublié, cher confrère, de dire que le quatrième volume des *Leçons cliniques* de Dupuytren a été publié en 1839, et que ma thèse a été soutenue le 23 août 1834, et non pas en 1837, comme vous l'indiquez. Or, est-ce à dire que les deux observations, développées dans ma thèse, pages 43 et suivantes, s'y trouvent par hasard et sans corps de doctrine? Point du tout, ces deux observations sont renfermées dans un article spécial intitulé : *Contraction spasmodique du sphincter du vagin*, où entre autres choses on lit ce qui suit : « C'est en vain que j'ai cherché dans les auteurs la description de cette affection, qui a la plus grande analogie avec la constriction spasmodique de l'anus. Comme cette dernière, elle peut être *essentielle* ou bien *symptomatique*. La constriction symptomatique est presque toujours produite par diverses espèces d'herpès ; soit l'herpès *squammosus simplex*, soit l'herpès *squammosus madidans*, soit enfin l'herpès *squammosus scabioïdes*, de M. Alibert, ou l'eczéma de Willan, développés sur la vulve et l'ouverture inférieure du vagin, de même que nous voyons ces affections amener

la constriction de la bouche, de l'anus et des paupières, quand elles siégent sur ces parties. J'ai vu la muqueuse de la vulve rugueuse, inégale et fendillée. » Viennent ensuite les deux observations que vous avez rapportées ([1]), et dans lesquelles les symptômes de la maladie sont décrits avec détails, surtout dans la deuxième. Je suis donc le premier qui ai signalé à l'attention des praticiens la contraction spasmodique du sphincter du vagin, son analogie avec celle de l'anus, ses deux variétés symptomatique et essentielle, ses causes, ses symptômes et son traitement par l'incision. Je n'ai donc pas publié *deux nouveaux cas de contracture vaginale*, mais bien les deux premiers cas de cette maladie. »

Il y a dans cette partie de la réclamation de M. Huguier deux questions : l'une de fait, l'autre de principe. Si nous sommes d'accord avec lui sur la première, nous ne pouvons accepter la manière dont il interprète la seconde. La priorité de la description de la maladie doit lui être accordée, dit-il, parce que le volume des *Leçons* de Dupuytren, qui contient la mention du fait de Pinel-Granchamp, a été publié seulement en 1839 ([2]), et que sa thèse a été soutenue en 1834. Or, pour nous, comme pour tout le monde, l'enseignement oral, surtout lorsqu'il se produit dans un amphithéâtre aussi fréquenté que l'est celui de l'Hôtel-Dieu, constitue un titre de propriété aussi certain que le serait une preuve écrite. M. Huguier aurait lui-même beaucoup à perdre si son enseignement de l'hôpital Beaujon ne comptait pas, et si ses idées lui appartenaient seulement du jour où elles seraient imprimées. Mais ce chirurgien a mieux que ces principes à mettre en avant pour s'assurer de sa découverte. N'avons-nous pas préparé nous-mêmes la voie, en réservant les droits de priorité de Pinel-Grandchamp? N'est-ce pas nous qui, les premiers, avons mis en doute la réalité de la citation de ce fait par Dupuytren? Notre doute, par la déclaration des rédacteurs de la leçon, s'est changé depuis en certitude, et nous devons rapporter au sagace chirurgien de Beaujon la première mention de la contracture spasmodique du sphincter vaginal.

Cette maladie présente deux degrés bien tranchés, et c'est pour ne pas s'en être rendu bien compte que M. Huguier a trouvé extraordinaire que nous ayons voulu séparer ses faits de ceux qui nous étaient personnels. M. Michon est revenu lui-même sur cette

([1]) Ces deux observations ont été recueillies à l'hôpital Saint-Louis, en 1830 et 1831, alors que j'étais interne dans le service de M. Maury.

([2]) M. Huguier nous fait remarquer que la leçon sur la fissure ne portant pas de date, il faut lui donner celle de la publication du volume.

distinction : « Si vous avez eu la patience de lire en détail toutes les observations que j'ai recueillies, nous dit-il, vous avez vu que l'on peut distinguer deux cas : dans l'un il y a véritablement contracture du sphincter, modification morbide de la fibre musculaire. Cet état peut se présenter à toute époque, même chez une femme qui a eu des enfants : il n'existait pas au moment du mariage, l'acte conjugal a été accompli pendant un certain temps, et c'est par suite d'une modification survenue dans les organes qu'il est devenu impossible.

« D'un autre côté, et c'est le plus grand nombre, ce sont des femmes chez lesquelles les rapports conjugaux n'ont pu avoir lieu, le plus souvent par excès de prudence ou par défaut de puissance de la part du mari. »

Dans ces derniers cas, que M. Michon a le mérite d'avoir signalés le premier, la lésion musculaire ne consiste pas en une contracture, c'est-à-dire en une action tonique exagérée et qui donne à la fibre une tension permanente ; cette lésion est toute dynamique, elle est provoquée, comme nous l'avons dit, par l'action réflexe, c'est-à-dire que la contraction spasmodique se produit seulement et au moment même où l'on exerce une action traumatique sur la vulve.

Un de nos correspondants, M. le docteur Perrin, nie l'existence du spasme musculaire. Voici son fait, ainsi que les réflexions dont il l'a fait suivre.

Obs. I. « Dans le courant du mois de septembre 1856, dit M. Perrin, deux jeunes gens, le mari et la femme, se présentaient dans mon cabinet d'un air assez embarrassé. Remis au bout de quelques instants d'une émotion bien naturelle dans la circonstance, le mari me raconta que, bien que marié depuis deux ans, il n'avait pu encore voir sa femme, et qu'il pensait qu'elle n'était pas conformée comme les autres personnes de son sexe. Quant à lui, ajoutait-il, il avait vingt-huit ans, et sa capacité génitale ne laissait rien à désirer.

« La jeune femme était blonde, de taille ordinaire, âgée de vingt et un ans. Elle avait une fraîcheur remarquable, et toutes les apparences extérieures de la jeunesse et de la santé. Devenue orpheline dès l'âge de dix ans, elle avait été placée dans un couvent, d'où elle n'était sortie que pour aller à l'autel.

« L'examen des organes génitaux révéla les particularités suivantes : rougeur diffuse peu marquée de la vulve, qui est fermée par la membrane hymen intacte, peu ou point d'écoulement leucorrhéique, sensibilité extrême, à la moindre pression du doigt, de l'orifice vaginal ; cet orifice n'est d'autre part le siége d'aucune espèce de fissure ou d'excoriation. Si, malgré les cris de la malade, à laquelle la douleur arrache jusqu'à des grincements de dents, on cherche à engager l'extrémité du doigt dans l'ouverture naturelle

que présente l'hymen, on arrive seulement à faire pénétrer dans le vagin la portion unguéale de l'indicateur. Toute tentative poussée plus loin aurait pour résultat infaillible de déchirer cette membrane et de faire tomber la malade en syncope.

« Nous bornâmes là notre exploration, en déclarant au mari que sa femme était parfaitement conformée, mais qu'une opération, la dilatation, était indispensable pour la guérir. Nous prîmes jour pour le lendemain : je me rendis au domicile des époux X***, et là en présence et avec l'aide du mari, je soumis sa femme couchée sur le dos et placée sur le bord d'un lit, aux inhalations chloroformiques. Une fois l'anésthésie obtenue, et avant même qu'elle fût bien complète, j'introduisis de vive force mon doigt indicateur dans le vagin, puis je dilatai graduellement et dans tous les sens l'orifice vaginal; après quoi, introduisant sans désemparer un second doigt, le médius, je complétai la dilatation. Tout cela fut fait plus vite qu'il ne faut de temps pour le raconter. Nous devons toutefois ajouter que si la chloroformisation nous a permis de pénétrer dans le vagin, elle n'a pas empêché la malade de crier bien haut pendant le temps, heureusement très-court, de l'opération.

« Dès les premiers jours qui suivirent cette douloureuse manœuvre, les rapports conjugaux devinrent possibles et *complets*. Quelques semaines plus tard, notre jeune femme devenait enceinte, ne conservant plus que le souvenir de son mal; et le 23 juillet suivant, nous l'accouchions heureusement d'une fille à terme et bien développée, qu'elle a nourrie elle-même.

« Je n'ai point noté, comme on peut le remarquer, dans cette observation, la contraction spasmodique du sphincter vaginal. Dans quelle mesure cette contracture existait-elle : existait-elle même réellement ? Je l'ignore. Ce qu'il y avait d'incontestable et de capital chez ma malade, c'était une hyperesthésie de l'anneau vulvaire, telle que toute exploration rendait à peu près impossible le moyen de distinguer la contracture spasmodique en question de celle qui devait involontairement se produire au contact du doigt de l'opérateur, dont la malade redoutait si horriblement l'approche. Sans nier que l'inflammation chronique d'une muqueuse ne puisse, comme vous le dites avec raison, amener à sa suite la contracture des plans musculaires sous-jacents, nous croyons, d'après le fait que nous avons observé, que l'hyperesthésie peut à elle seule constituer toute la maladie. De telle sorte que nous ne voudrions pas qu'on se hâtât trop pour donner un nom à cette affection, et surtout qu'on ne cherchât pas à la désigner par une caractéristique, la contracture spasmodique du sphincter vaginal, qui peut manquer quelquefois. »

Nous sommes bien près de nous entendre avec M. Perrin. Nous avons admis que l'inflammation chronique de la muqueuse vulvaire déterminait la contracture du plan musculaire sous-jacent, tandis

que l'hyperesthésie, simple lésion dynamique, ne provoquait qu'une contraction spasmodique au moment du contact du doigt ou de l'organe copulateur. M. Perrin nie ce spasme, parce qu'il lui a été impossible de le constater. Oui ! dans son cas, où l'exaltation de la sensibilité était extrême ; mais il n'en est pas de même dans tous. La meilleure preuve que nous puissions lui fournir de l'existence de la contraction spasmodique du sphincter vaginal chez sa malade est le résultat de son traitement. *Naturam morborum ostendit curatio*. Le succès obtenu par la dilatation forcée prouve que le spasme musculaire était l'élément principal de la maladie.

Dans une note fort bien faite sur la fissure et le spasme de la vulve, publiée il y a dix ans dans la Gazette médicale des Etats sardes, M. le professeur Borelli, de Turin, montre que : « l'orifice vulvaire peut, comme l'orifice anal, être le siége de fissure et de contracture spasmodique. L'analogie, le raisonnement et l'observation le démontrent. » Nous reproduisons le cas qui forme le fond de son travail, afin de placer de nouveau sous les yeux de nos lecteurs un spécimen des divers degrés de la maladie. M. Borelli intitule son observation : *spasme de la vulve*.

Obs. II. « Mme B***, de Turin, âgée de vingt-cinq ans, d'un tempérament lymphatico-sanguin, toujours bien réglée, d'une intelligence médiocrement développée et d'un caractère assez naïf, est mariée depuis trois ans sans avoir jamais conçu ; cette dame fut prise en août 1849 d'une entéro-péritonite avec fièvre, avec ballonnement douloureux de l'abdomen et dysurie. Depuis quelques semaines déjà, elle ressentait une forte chaleur aux parties génitales externes ; la maladie avait débuté (ou du moins elle le croyait ainsi), une nuit que son mari, contre son habitude, avait accompli à plusieurs reprises et brutalement ses devoirs conjugaux.

« Il est à noter que le mari, étant doté d'un organe copulateur très-volumineux, et incapable de soutenir un long conflit, l'émission spermatique étant chez lui trop prompte, n'était pas encore parvenu deux mois après le mariage, à franchir l'orifice vulvaire. A l'insu, du mari, la femme avait eu recours à un chirurgien qui, à l'aide d'une incision de l'anneau vulvaire, rendit le vagin perméable. A partir de ce moment, et pendant trois années consécutives, elle n'éprouva aucune souffrance de ce côté.

« L'inflammation abdominale, qui avait été exagérée par l'emploi de purgatifs drastiques, fut rapidement dissipée par une application de sangsues à l'anus, deux saignées du bras, et des cataplasmes émollients sur le ventre. Il restait toujours la maladie de la vulve, qui rendait l'accomplissement des devoirs conjugaux difficile et extrêmement douloureux. Mais ces douleurs cessaient complétement dès que la tête du gland avait franchi l'orifice vulvaire, et ne se reproduisaient plus pendant quatre ou cinq jours consécutifs,

bien que le coït fût renouvelé plusieurs fois. Bientôt après, et sans cause connue, les douleurs revenaient, accompagnées d'une irritation et d'une sensation de chaleur et de sécheresse, telles que la malade était obligée, n'importe où elle se trouvait, de recourir à des applications répétées d'eau froide et à des onctions huileuses qui la soulageaient momentanément. Ces symptômes revenaient souvent, et avec une telle opiniâtreté que souvent elle n'osait pas s'absenter trop longtemps de chez elle, de peur de ne pouvoir assez tôt avoir sous la main de l'huile ou de l'eau fraîche.

« A cette époque, elle consulta différents médecins qui, ne voyant dans cette affection qu'une irritation avec sensation de chaleur sans lésion essentielle, s'étonnaient des douleurs atroces que cette femme accusait, et prescrivaient des moyens appropriés à l'affection qu'ils diagnostiquaient.

« Lorsque, enfin, la malade vint me consulter, je trouvai l'orifice vulvaire légèrement tuméfié, rouge et douloureux au moindre effort de distension ; il n'y avait ni fissure, ni érosion, ni éraillure de la muqueuse. Je prescrivis d'abord une pommade contenant du laudanum. La malade eut un peu de soulagement, mais qui ne fut que de courte durée. Des douleurs se reproduisirent bientôt, et j'étais vraiment touché du récit que me faisait cette femme, qui souffrait considérablement, surtout chaque fois que son mari la recherchait. Elle n'osait lui refuser, tant elle était timide et craintive, et souffrait toujours, bien qu'elle eût le soin de faire des onctions et des lavages fréquents, et qu'ils cherchassent à diminuer les douleurs produites par le coït, en prenant diverses positions.

« J'eus alors recours à la pommade belladonée, plutôt par instinct, que par raisonnement, car j'ignorais alors la véritable nature de la maladie : plusieurs onctions étaient faites chaque jour, et principalement le soir avant le coucher. La malade fut notablement soulagée, sans toutefois obtenir la guérison. En effet, pendant quelques mois encore, les douleurs persistèrent, bien qu'à un moindre degré, et ce ne fut qu'après un usage prolongé de la pommade belladonée, de grands bains et des lotions émollientes, que la malade vit enfin le terme de cette cruelle affection.

« Je dois encore noter que pendant ses règles, cette femme ne souffrait pas du côté de l'orifice vulvaire ; chaque fois qu'elle souffrait moins dans les parties génitales externes, elle éprouvait des douleurs dans l'abdomen, *et vice versa*; enfin, lorsque l'affection abdominale avait un caractère aigu et qu'elle suivait alors un traitement antiphlogistique sérieux, l'affection vulvaire disparaissait complétement pour ne plus reparaître ensuite, comme j'ai pu m'en assurer pendant les derniers jours. »

« La maladie que nous venons de décrire est-elle réellement une constriction spasmodique de la vulve? Les circonstances suivantes : 1° douleurs pendant le passage du gland dans l'orifice vulvaire ; 2° cessation de ces douleurs pendant quelques jours, bien que l'on revînt au coït (circonstances qui démontrent jusqu'à un certain

point le bénéfice de la dilatation forcée dans le traitement du spasme); 3° l'apparition spontanée du spasme, qui se manifestait souvent sans cause, et avec des douleurs analogues à celles du spasme de l'anus; 4° enfin les bons résultats donnés par le traitement émollient et antiphlogistique, semblent nous permettre de conclure avec raison : 1° qu'il s'agissait véritablement d'une affection spasmodique, plutôt qu'inflammatoire, de l'orifice vulvaire; 2° que cette affection est de même nature que le spasme de l'anus; 3° que la méthode de la dilatation forcée doit également réussir dans le spasme de la vulve. » (*Gazetta medica stati sardi*, 1851.)

A la suite du fait de M. Borelli, et pour que nos lecteurs n'aient pas seulement sous les yeux des exemples de tous les degrés de la maladie, mais encore des cas montrant les diverses circonstances qui peuvent provoquer la contracture du sphincter vaginal, nous reproduisons les deux observations suivantes, qui nous sont adressées par M. Caradec, médecin de l'hôpital civil de Brest. Chez ces malades, la contracture est le résultat de l'inflammation provoquée par l'accouchement :

Obs. III. « En mai 1856, je suis appelé à donner des soins à une dame âgée de vingt-huit ans, d'une constitution forte, d'un tempérament nerveux, très-impressionnable, mariée à un homme ayant huit ans de plus qu'elle et assez vigoureux, dont elle a eu plusieurs enfants. Chaque fois, ses accouchements ont été heureux, faciles, et elle s'est rétablie promptement. Cependant, à la suite de son dernier enfant, sans doute parce qu'elle a commis l'imprudence de se lever et de marcher trop tôt, elle a commencé à éprouver des douleurs de reins, des tremblements dans les cuisses, des céphalalgies plus ou moins intenses tous les jours, de la difficulté dans la marche, en un mot, des phénomènes névropathiques propres aux déplacements utérins, avec lesquels elle a longtemps lutté, et qui ont fini par acquérir des proportions telles, qu'elle s'est décidée à garder la chambre et à me faire demander.

« Dans une conversation à part que j'ai avec le mari, celui-ci me raconte qu'il a été contraint de renoncer à tout rapport sexuel avec sa femme, à cause des souffrances atroces qu'elle en éprouve lorsqu'il l'approche, et que, d'ailleurs, ses efforts restent tout à fait infructueux, l'intromission du pénis dans le vagin ne pouvant s'effectuer.

« Dans l'exploration à laquelle je me livre, je ne découvre aucune fissure ou gerçure sur l'anneau vulvaire, mais je reconnais un rétrécissement tel de l'orifice du vagin, que c'est avec beaucoup de difficulté, et de douleur pour la femme, que je parviens à pratiquer le toucher, et je rencontre, en effet, une rétroversion, ou déplacement de l'utérus en arrière, avec un peu d'abaissement, de telle sorte que le col est porté en haut et en avant, derrière le pubis, et le

fond, qui est extrêmement sensible, en arrière et en bas. En présence d'un état semblable, je ne vois pas d'autre parti à prendre que de vaincre d'abord la contracture du sphincter du vagin à l'aide de la dilatation forcée, comme on le fait dans la fissure de l'anus. Mais la malade ne veut entendre parler d'opération à aucun prix, bien que je lui propose de me faire assister et de la chloroformiser. Elle a horreur du chloroforme, parce qu'on lui a rappelé les accidents mortels qui ont été produits par cet agent, et elle me prie de recourir à un autre traitement.

« Que faire dans une situation aussi embarrassante? Me rappelant l'action de la belladone sur la contractilité musculaire, et particulièrement sur celle des sphincters, voulant en même temps tâcher d'arriver graduellement et avec le moins de douleur possible à dilater l'anneau vulvaire, voici ce que j'imagine :

« Je fais faire une bouillie avec de la fécule de riz et de l'eau de guimauve, j'y ajoute une certaine quantité de laudanum et d'extrait de belladone, et puis je verse ce mélange dans un morceau de mousseline en double, dont je forme un petit sachet qui est fermé par un fil solide. Ce sachet étant bien huilé, je l'introduis dans le vagin, et je le dirige en arrière contre le fond de l'utérus, pour qu'il le redresse en partie. Les premiers jours, l'introduction en est pénible, difficile, tandis que la sortie se fait sans peine, en tirant sur le fil qui pend au dehors. Toutefois, je ne me rebute pas ; peu à peu la femme s'habitue à ce moyen, et j'augmente insensiblement le volume du sachet, ainsi que la quantité de laudanum et d'extrait de belladone. Ceux-ci, quoique employés, après un certain nombre de jours, à la dose de deux cuillerées à café chacun, ne déterminent aucun des phénomènes propres à ces substances. Après un mois de patience et de pansements réguliers répétés chaque jour, j'ai la satisfaction de pouvoir introduire, sans souffrance aucune pour la malade, des sachets très-volumineux, et d'obtenir un élargissement de l'orifice du vagin, qui me permet bientôt de placer un pessaire à anneau pour achever de relever la matrice.

« J'ai su par le mari que dès lors les rapports conjugaux ont pu être rétablis sans la plus légère douleur, qu'une grossesse a eu lieu, mais n'a pu être menée à terme. »

Obs. IV. « Je n'avais plus eu occasion d'observer la contracture du sphincter vaginal, depuis le fait que je viens de relater, lorsque, le 11 octobre 1859, je suis mandé près d'une dame de vingt-cinq ans, d'une constitution moyenne, d'un tempérament lymphatique, nerveux, jouissant habituellement d'une bonne santé, dont le mari est un homme fort et vigoureux, âgé de trente-cinq ans. Cette dame est accouchée heureusement, il y a deux ans, d'un bel enfant, qu'elle a allaité pendant dix-huit mois, sans la moindre fatigue. Le mari m'assure que tant que sa femme a été nourrice, il a cessé de cohabiter avec elle, mais que quand il a voulu, après le sevrage de son enfant, reprendre les rapports conjugaux, il a vu, toutes les fois, ses essais de copulation échouer complétement et se briser contre le même obstacle, malgré qu'il y mît, me dit-il, toute l'ardeur dont il

est capable. De plus, sa femme était en proie à des douleurs si violentes, chaque fois qu'il voulait la voir, que, malgré ses désirs de rapprochement, elle préférait renoncer à l'accomplissement de l'acte du mariage.

« Cet état durait déjà depuis quelque temps, lorsqu'un jour, il vint me faire ses confidences et demander mes conseils. Je lui répondis que pour m'éclairer et indiquer un traitement rationnel, il me fallait procéder à l'exploration des organes génitaux de sa femme, ce à quoi j'arrivai avec beaucoup de peine.

« En examinant avec soin l'orifice de la vulve, je n'y découvris aucune fissure; mais quand je tentai d'introduire seulement la première phalange de l'index, cette dame éprouva une douleur telle, qu'elle tomba dans un état spasmodique qui effraya beaucoup son mari, et quand sa connaissance lui revint, elle déclara ne plus vouloir se soumettre à aucune tentative. J'eus beau l'assurer que j'avais guéri une dame dans une position identique à la sienne, et faire tous mes efforts pour la convaincre, tout fut inutile, et il fallut me retirer.

« Quelques jours après, le mari vient de nouveau me supplier de retourner voir sa femme, qui est déterminée, dit-il, à suivre le traitement dont je l'avais entretenu, mais qu'elle ne veut entendre parler d'aucune opération sanglante.

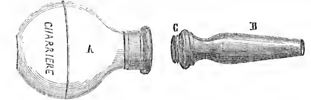
« J'essaye, à diverses reprises, de pratiquer le toucher avec le plus de ménagement possible; ce n'est qu'après bien des tentatives inutiles que je finis par pénétrer dans le vagin, mais en déterminant de violentes souffrances, parce que l'anneau vulvaire est très-rétréci. Me souvenant des bons effets que j'avais obtenus de l'emploi des cataplasmes vaginaux, j'y eus recours de nouveau. Tous les jours, j'introduisais dans le vagin un des sachets dont j'ai déjà parlé, en ayant soin d'en augmenter peu à peu le volume, et, en moins de cinq semaines, j'arrivai à dilater tellement la vulve, que, peu de temps après, les époux arrivèrent à reprendre leurs rapports sexuels, et que l'acte génésique pouvait s'accomplir à souhait. Un enfant est né après la cessation de mes soins. »

Dans les réflexions dont il accompagne le récit de ses faits, M. Caradec appelle tout spécialement notre attention sur les bons effets qu'il a obtenus de l'emploi des cataplasmes vaginaux pour combattre l'inflammation, que celle-ci s'étende à l'utérus, ou soit localisée à la vulve. *Sublata causa, tollitur effectus.* Il insiste sur l'usage qu'il en a fait chez sa première malade (obs. III), pour détruire la sensibilité de l'utérus en rétroversion, résultat qui lui a permis de faire supporter par la malade la présence d'un pessaire. Dans ce cas, on l'a vu, le médecin de Brest introduit dans les cataplasmes des agents narcotiques, afin de triompher plus sûrement de cet excès de sensibilité de l'organe.

Les cataplasmes vaginaux sont donc un moyen de plus que nous avons à enregistrer. Toutefois nous ferons remarquer que leur

emploi sera facile, alors surtout que l'anneau vulvaire aura subi un certain degré de dilatation. Les sachets vaginaux font alors l'office de mèches, et ils ne sont pas seulement un corps dilatant, mais encore un agent de résolution.

Cette application des cataplasmes vaginaux nous engage à dire comment, à l'exemple de M. Horteloup, nous procédons à leur intro-



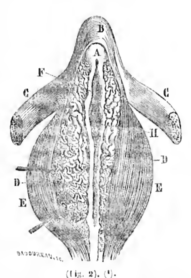
(Fig. 1.)

duction. Nous faisons usage d'une poire en caoutchouc A, dans l'intérieur de laquelle on verse la bouillie de fécule de pomme de terre, ou de farine de lin, ou de riz. On visse ensuite la canule B que l'on a coiffée d'un morceau de gaz très-claire. Cette partie de l'instrument enduite d'un corps gras est introduite dans le vagin, et enfoncée jusqu'à ce qu'on rencontre de la résistance, c'est-à-dire que l'extrémité de la canule touche le col de l'utérus. Arrivé là, on retire l'instrument dans l'étendue d'un pouce; les parois du vagin, par la pression qu'elles exercent sur la gaze, maintiennent le sachet en place, et créent ainsi un vide dans lequel vient se placer la bouillie du cataplasme dès qu'on presse la poire en caoutchouc. Ce temps de l'opération est indispensable pour assurer le passage du cataplasme de la canule dans les sachets en gaze; il suffit d'en être prévenu pour éviter tout écueil. Au fur et à mesure qu'on presse sur la poire, le sachet s'emplit et on retire peu à peu l'instrument. L'opération terminée, on jette une ligature sur l'extrémité du sachet afin d'empêcher la sortie du cataplasme, et ce fil, qu'on laisse pendre au dehors de la vulve, sert à changer l'objet du pansement aussi souvent qu'il est nécessaire.

Jusqu'ici l'introduction d'un cataplasme dans le vagin, de manière à le remplir complétement, était une opération délicate, dont le chirurgien seul pouvait se charger, et qu'il accomplissait avec beaucoup de difficultés; aussi lui répugnait-il d'y avoir recours. Grâce à l'instrument ci-dessus, cette pratique devient tellement simple, qu'on pourra désormais en abandonner le soin aux malades, et les cataplasmes vaginaux reprendront la place qui leur est due dans la thérapeutique des maladies des femmes.

Avant de clore cet article, nous devons revenir un instant sur les dernières objections que M. Huguier nous a adressées. Ainsi, quant aux remarques dont nous avons fait suivre sa seconde observation, celle dans laquelle la contracture musculaire existait en même temps qu'une induration et un épaississement de la muqueuse de la vulve, nous avons émis le doute : « si le sphincter vaginal était encore affecté de contracture, et si la maladie ne consistait pas surtout dans l'induration du tissu cellulaire qui doublait la muqueuse ? » M. Huguier nous répond que : « cette supposition est toute gratuite, et que la contracture était due à une maladie, je ne dirai pas inconnue, dit-il, ce serait peut-être trop prétentieux, mais je puis dire qui n'a pas été encore décrite et dont j'espère un jour entretenir les lecteurs du *Bulletin de Thérapeutique*, si vous voulez bien le permettre. » Nous acceptons avec empressement la promesse de notre savant confrère, comme une bonne fortune pour nos lecteurs et pour nous, et nous attendrons sa communication pour savoir en quoi nous avons erré.

Quant à sa première observation, M. Huguier nous fait remarquer, et avec raison, que l'inflammation de la muqueuse vulvaire ayant disparu depuis un certain temps, la contracture du sphincter vaginal, dans ce cas, devait être regardée comme une maladie essentielle. Puis, quant à la cause de l'hémorrhagie survenue pendant l'opération, il nous fait observer qu'il est dit dans son récit : « qu'en pratiquant sa première incision, une petite artériole avait été ouverte ; artériole anormale, ajoute l'auteur, analogue à celle que l'on trouve quelquefois dans l'épaisseur de la membrane hymen, ou dans le frein du prépuce, et dont la section suffit pour donner lieu à un écoulement de sang assez abon-



(Fig. 2). (¹).

(¹) *Explication de la planche.* — A gland, B corps, C piliers du clitoris, D bulbe du vestibule mis à découvert à droite par l'écartement du muscle constricteur ou E sphincter vaginal, F gouttière du vestibule, G méat urinaire.

dant. » Toutefois, notre réserve subsiste, quant aux points choisis pour pratiquer l'incision du sphincter vaginal; et pour s'en convaincre, il suffit de jeter les yeux sur la figure ci-jointe, que nous empruntons à l'ouvrage allemand de Kobelt : « De l'appareil du sens génital des deux sexes. Taf. III, fig. 4 ; » sur le côté droit du dessin, nous avons écarté le muscle constricteur, afin de laisser voir l'étendue du bulbe et montrer le danger des incisions un peu profondes.

Enfin, M. Huguier termine sa lettre en protestant contre l'expression de thérapeutique de haute lutte que nous appliquons aux incisions proposées, quand même, dans les cas de contracture du sphincter vaginal.

Cette remarque ne s'appliquait en rien à la pratique de notre confrère, et suivait, au contraire, le récit d'une pauvre femme qui, affectée de cette maladie, va consulter successivement les chirurgiens les plus hauts placés de la capitale, et tous lui proposent une incision, parce qu'alors on opérait les contractures anales par l'incision. Or, on l'a vu, placée entre son mal et une opération sanglante, elle s'est tuée. Il fallait que son moral fût malade pour qu'elle agît ainsi. Toutefois, nous étions en droit de regretter qu'il ne fût venu à l'esprit d'aucun des éminents praticiens consultés de tenir compte des répugnances de cette femme, et de n'avoir pas tenté de la guérir par des moyens moins redoutés. Certains chirurgiens, et nous admettons qu'ils forment la grande minorité, ne comptent pas assez avec l'effroi que les opérations sanglantes inspirent à certains malades. On m'a dit : mais le fait de cette femme est exceptionnel; oui ! quant à l'acte du suicide, et heureusement, mais non, quant à la répulsion pour les incisions. Dans une discussion récente à la Société médico-pratique, dans laquelle il a été fait allusion à des cas de cette sorte, nous lisons dans le compte rendu la mention suivante : M. Mercier raconte qu'à l'époque où il était interne dans le service de M. Roux, il accompagna ce chirurgien chez une dame russe qui, quoique mariée depuis quelque temps, n'avait pu encore avoir aucuns rapports avec son mari. M. Roux, après avoir constaté une contracture vulvaire, promet la guérison à l'aide d'une légère incision, mais cette dame s'y refuse. N'avons-nous pas vu encore les deux malades de M. Caradec repousser également toutes opérations, et ce ne sont pas les seuls cas.

En formulant nous-même les réclamations de M. Huguier, nous avons eu un double but : d'abord d'apprécier loyalement la valeur des objections que notre distingué confrère faisait à notre

critique, ensuite d'ajouter de nouveaux faits, afin de compléter ceux que M. Michon et moi avions produits déjà. Nous permettrons par là aux auteurs qui aborderont désormais l'étude de cette maladie, d'en pouvoir tracer une histoire pathologique plus complète, et de poser les indications spéciales des diverses ressources thérapeutiques capables d'en triompher : les applications topiques, les divers procédés de dilatation, enfin l'incision du muscle contracturé.

DEBOUT.

CHIMIE ET PHARMACIE.

Du vin iodé naturel. — Ses avantages sur toutes les autres préparations iodées, et son mode de préparation.

Par M. le docteur BOINET.

Depuis l'introduction de l'iode dans la matière médicale, les traitements par cette substance ont subi de nombreuses modifications; on l'a administré sous mille formes différentes. Si le succès d'un remède dépend souvent du mode d'administration et du dosage, il repose encore dans une bonne préparation et dans la forme sous laquelle il est administré. Ce point sur lequel il nous paraît utile d'insister pour ce qui regarde les préparations iodiques mérite au plus haut degré toute notre attention. Personne n'ignore que les bénéfices d'une bonne indication sont souvent détruits par des doses irrationnelles ou par des préparations qui ne conviennent pas. En effet, si l'effet d'un médicament, en dehors de la haute action curative qu'il peut posséder, et surtout lorsque ce médicament, comme l'iode, est applicable au traitement d'un grand nombre de maladies, dépend encore de son mode d'administration, de son dosage et de sa composition particulière ; il est donc important de ne pas le prescrire d'une manière banale, dans les affections où il est indiqué, mais de savoir quelles sont les meilleures préparations, afin de les modifier suivant la nature du mal, son intensité, sa chronicité, la constitution et l'idiosyncrasie des malades : faute d'avoir suivi ces préceptes et d'avoir administré, dans les affections anciennes et constitutionnelles, les mêmes doses et les mêmes préparations, que dans les affections aiguës et récentes, bien des médecins ont éprouvé des insuccès et ont conclu que l'iode n'avait aucune action certaine sur bien des maladies.

Administré d'abord par Coindet, pur et dissous dans l'eau, l'iode

fut un instant dépopularisé à cause des inconvénients qu'il provoquait sur la muqueuse gastrique; mais lorsque Coindet et Lugol eurent reconnu qu'en y ajoutant de l'iodure de potassium, il avait moins d'inconvénients et produisait d'aussi bons résultats, il reprit bien vite une vogue nouvelle, et bientôt l'iode pur fut supprimé et remplacé par l'iodure de potassium.

Mais ce nouvel agent qui est venu faire oublier les services rendus par l'emploi de l'iode, peut-il toujours remplacer ce métalloïde? est-il lui-même sans inconvénients? produit-il toujours dans les différentes maladies pour lesquelles on l'administre les mêmes phénomènes organiques que l'iode lui-même? Nous ne le pensons pas. De nouvelles recherches et les observations nombreuses que nous avons faites tendent à rappeler l'attention sur les résultats obtenus avec l'iode, et surtout avec l'iode naturel, non préparé par la chimie. Peut-être que de nouvelles formules pharmaceutiques, comme celles que nous avons proposées, permettront de triompher des obstacles et des inconvénients qui ont fait renoncer à l'usage de l'iode pur, surtout si elles offrent une association, qui, venant détruire les effets locaux de l'iode et de l'iodure de potassium, sur la gorge, l'estomac et les intestins, doit nécessairement favoriser l'administration de ce puissant agent thérapeutique. L'insuffisance de l'iodure de potassium dans certains cas, ses inconvénients assez nombreux et le danger d'administrer de l'iode pur, ont conduit à l'emploi d'autres préparations. C'est dans ce but que nous avons recommandé l'emploi de l'iode naturel sous la forme alimentaire, et sous la forme de vin iodé, dans toutes les affections qui exigent l'usage de l'iode, c'est-à-dire dans celles qui tiennent à une détérioration de l'économie.

Si pendant longtemps, l'iodure de potassium a été, de tous les composés iodés ou iodurés qui ont été tour à tour préconisés, celui qu'on a préféré et que beaucoup de praticiens préfèrent encore aujourd'hui, c'est que la pratique et l'expérience avaient démontré qu'il avait en effet de grands avantages sur tous les autres composés connus jusqu'à ce jour. Ce produit était donc devenu la base de tout traitement ioduré, parce qu'il présentait dans son administration moins d'inconvénients que les autres préparations iodiques, qu'il est plus soluble dans l'eau et moins irritant pour l'estomac. Ce composé devait donc être et était préféré avec raison à l'iode pur administré sous la forme de teinture, de sirops, de pilules, puisqu'il n'avait pas les inconvénients de ces dernières préparations; mais depuis qu'on a pu enlever à l'iode pur les inconvénients qu'il avait,

rendre solubles les petites quantités qui s'administrent sous forme de teinture, il a retrouvé son ancienne faveur et devra être désormais préféré à l'iodure de potassium dans bien des cas, grâce aux recherches de M. Debauque, qui a trouvé le moyen de rendre l'iode soluble par le tannin, sans le secours de l'iodure de potassium. Dans une note intitulée *Iode rendu soluble par le tannin.* (1851. Journal de pharmacie d'Anvers), cet habile pharmacien raconte comment, après de nombreux essais tentés dans le but de rendre solubles dans l'eau, sans le secours de l'iodure de potassium, les petites quantités d'iode qui s'administrent d'habitude, sous forme de teinture dans les potions, il a été amené à découvrir que l'addition de 30 grammes de sirop d'écorces d'oranges, dans une potion de 125 à 150 grammes, rend parfaitement solubles 25 à 30 centigrammes de ce métalloïde. Recherchant ensuite quel était le principe qui, dans le sirop d'écorces d'oranges, pouvait favoriser la solubilité de ce corps, il reconnut que c'était à la faveur du tannin que l'iode était rendu soluble. Il recommandait aussi d'ajouter quelques grains d'acide tannique dans la préparation des injections iodées; c'était assurément un immense progrès pour l'administration de l'iode. Profitant des recherches et des remarques de M. Debauque, qui étaient restées inaperçues, nous nous sommes empressé de les rappeler, et nous avons pensé qu'on obtiendrait un résultat semblable, c'est-à-dire la solubilité de l'iode, en l'administrant dans tous les liquides, dans tous les sirops qui contiennent de l'acide tannique, comme les sirops ou les vins de raifort, de quinquina, de gentiane, de noyer, d'écorces d'oranges, ou bien en ajoutant de l'acide tannique dans les liquides ou dans les sirops qui n'en contiennent pas naturellement, et à l'aide desquels on veut administrer l'iode. C'est ainsi que nous avons fait préparer le sirop de raifort iodé, les sirops de quinquina et de gentiane, les vins antiscorbutiques iodés, etc. — Administré de cette manière, l'iode n'a plus les mêmes inconvénients que lorsqu'il est administré sous la forme de teinture, de pilules ou d'iodure de potassium; de plus, on a l'avantage de pouvoir administrer en même temps un excipient ou un sirop, recommandés dans les affections scrofuleuses, tuberculeuses, syphilitiques, etc.

C'était déja beaucoup, et c'était un progrès immense, d'être parvenu à rendre l'iode complétement soluble, et de pouvoir l'administrer dans tous les liquides ou les sirops possibles, sans inconvénient aucun pour l'économie. Mais en étudiant mieux encore les effets locaux et généraux de l'iode dans les maladies constitutionnelles, et réfléchissant sur l'action des eaux minérales naturelles sur

notre organisme, sachant d'ailleurs que, lorsqu'un produit organique présente les qualités d'un remède, rien ne peut le remplacer, quelle que soit la valeur de ceux qu'offrent à notre choix la chimie artificielle, nous avons pensé qu'en administrant l'iode à l'état naturel et tel qu'on le trouve dans la nature, on obtiendrait des résultats encore plus avantageux qu'avec les autres préparations iodées pharmaceutiques. Nous avons essayé de faire pour l'homme ce qu'on avait fait pour les plantes et les végétaux qu'on fume avec des plantes marines ; nous avons administré de l'iode à l'état naturel sous la forme alimentaire; de cette manière, il produit des résultats aussi prompts et aussi avantageux que les meilleures préparations iodées préconisées jusqu'à ce jour, et n'a pas, comme celles que nous prépare la pharmacie, l'inconvénient d'irriter les muqueuses et de troubler les fonctions digestives; sous cette forme alimentaire, soit dans les aliments solides, soit dans les boissons, l'iode se prête avec une grande facilité aux convenances, au goût, aux caprices même des malades, puisqu'on peut l'associer facilement à tous les aliments, à toutes les boissons, à toutes les pâtes, etc. Toutes ces préparations sont d'un usage journalier, et ce sont celles que préfèrent les malades et surtout les enfants, qui en font usage sans se douter qu'ils prennent un médicament.

L'emploi de l'iode à l'état naturel n'est pas nouveau, il remonte à la plus haute antiquité; seulement, on en faisait usage empiriquement, et sans se douter qu'on donnait de l'iode. Les formes sous lesquelles on l'administrait étaient les plantes marines, l'éponge, les eaux minérales naturelles, le sel marin brut, l'huile de foie de morue, etc., etc. Ainsi que nous l'avons exposé dans l'historique de notre traité d'iodothérapie, Dioscoride et Gallien recommandaient l'éponge dans le goître et les scrofules. Dans les mêmes maladies, les Chinois donnaient *le vin de plantes marines,* ou l'éponge et les plantes marines réduites en poudre. Au treizième siècle, Arnaud de Villeneuve, célèbre médecin de Montpellier, traitait avec succès le goître et les écrouelles par l'éponge brûlée, et tous les médecins, jusqu'à la découverte de l'iode, n'ont pas employé d'autres remèdes. Ce n'est que lorsque l'analyse chimique est venue démontrer la présence de l'iode dans les plantes marines, dans les eaux minérales, dans l'huile de foie de morue, etc., et beaucoup d'autres produits qu'on a su à quel agent toutes ces substances, en apparence si différentes, devaient leurs vertus curatives; et quand Coindet eut introduit l'iode, et par suite tous ses composés, dans la matière médicale, toutes les préparations iodiques naturelles furent

à peu près abandonnées et remplacées par l'iode à l'état simple.

Les travaux importants dont l'iode a été l'objet dans ces dernières années, nous ayant appris que l'iode était abondamment répandu dans la nature organique et inorganique, qu'on le rencontrait en plus ou moins grande quantité, suivant les contrées, dans l'air, le sol, les eaux et les produits alimentaires, et que les milieux géographiques, géologiques et chimiques où l'iode manque, sont les contrées où l'on observe le goître, le crétinisme, les scrofules, les constitutions faibles, lymphatiques, en un mot, toutes les maladies organiques qui dépendent de la débilité générale, que les produits d'un sol fumé avec des varechs contiennent une proportion plus grande d'iode, enfin que les graines des végétaux placées dans un sable pur, arrosées avec une solution d'iode, lèvent un peu plus vite que les graines semées à l'ordinaire, et, que les plantes qui en proviennent sont plus vigoureuses, et que les animaux qui sont nourris avec ces plantes sont plus robustes, l'idée nous vint de revenir aux préparations iodées naturelles des anciens et de les administrer dans l'alimentation de chaque jour. L'expérience nous a appris qu'elles ont tous les avantages des préparations iodées pharmaceutiques, sans en avoir les inconvénients.

En conséquence des savantes recherches et des précieuses observations de MM. Boussingault, Cantu, Fourcault, Meyrac, Niepce, Grange, Chatin, etc., que le goître, le crétinisme, les scrofules, etc., n'existaient pas ou étaient bien plus rares dans toutes les contrées du monde où se trouve de l'iode en suffisante quantité dans le sol, l'air, les eaux et les produits alimentaires, et que l'énergie des fonctions de la vie est en raison directe de sa quantité dans notre économie, nous avons pensé que l'iode pouvait être un aliment aussi bien qu'un médicament, ou plutôt, que l'iode était plus un aliment qu'un médicament, puisqu'il entre dans la composition de toutes les substances si nécessaires à la vie.

Considérant donc l'iode comme un aliment et non plus comme un médicament, nous avons cherché sous quelle forme il conviendrait mieux de l'administrer. Celle qui nous a paru la meilleure, d'après tous les essais que nous avons faits depuis plusieurs années, et qui est en effet exempte de tout inconvénient, est la forme qui nous est présentée par la nature. Ainsi quand nous considérons l'iode comme un aliment, avec l'idée de soumettre l'homme à une alimentation iodée, nous ne voulons pas dire qu'on devra consommer l'iode à l'état métalloïde, par exemple. Nous ne sommes pas oublieux à ce point des premières lois de la nature. Mais de même

que ce n'est point au charbon végétal ou minéral, ni à ses combinaisons oxygénées ou hydrogénées à l'état d'isolement que nous empruntons le carbone dont nous vivons, mais bien aux végétaux qui ont pu préparer pour nous ce principe, le rendre soluble et assimilable, en l'amenant à l'état de sucre, de fécule, de principe gras, etc., de même aussi dans l'alimentation iodée que nous conseillons, recommandons-nous d'avoir recours aux préparations iodées naturelles, négligeant les produits du laboratoire. C'est aux fucus, aux plantes marines, aux crucifères, aux sels iodifères, à quelques sources iodées naturelles, au pain iodé, et surtout au vin iodé que nous nous adressons. C'est là seulement que nous pouvons rencontrer à l'état de molécule organique, facilement assimilable, l'iode que nos organes peuvent sans danger mettre à profit.

Le but à atteindre étant l'introduction de l'iode dans le sang, plus les molécules organiques que nous employons seront divisées, plus l'absorption et l'assimilation en seront faciles, les vaisseaux capillaires ne s'emparant jamais que d'une portion très-minime des substances inorganiques qu'on livre à leur absorption; il n'est donc pas rationnel de prescrire de fortes doses d'iode, et d'en verser des quantités considérables dans l'estomac, quand les besoins de l'économie peuvent être si facilement remplis. Il est évident que la plus grande quantité du médicament prescrit dans ce cas est inutile, et à un certain degré nuisible. Les faits et le raisonnement démontrent que l'iode doit être donné en très-petite quantité et suffisamment divisé. Tout le monde ne sait-il pas que la composition des eaux naturelles les plus actives, les ferrugineuses par exemple, démontre expérimentalement ce que la théorie indique à ce sujet? Très-peu de sources ferrugineuses contiennent plus de 1 centigramme de fer sur 250 grammes d'eau, et cependant qui ne connaît les bons effets des eaux ferrugineuses sur le sang, qu'elles ramènent à sa composition normale, dans les cas d'anémie et de chlorose?

Il est une autre classe d'eaux minérales qui nous intéresse plus particulièrement, puisqu'elles ont rapport à notre sujet, où les principes actifs se rencontrent aussi dans une solution très-étendue. Les sources de Kreuznach contiennent seulement 1 centigramme et demi de bromure de magnésium et de sodium, et à peine 1 centigramme d'iodure sur 500 grammes d'eau, et leur action dans les engorgements glandulaires et les autres manifestations de la diathèse scrofuleuse et lymphatique est irrécusable.

Pour administrer l'iode d'après ces préceptes et suivant nos vues,

nous avons donc eu recours aux aliments, aux boissons d'un usage journalier. Le pain ordinaire, les biscuits, le chocolat, le lait (¹), les gâteaux, le vin, la bière, etc., sont les principaux excipients que, nous avons choisis et que préfèrent les malades et surtout les enfants qui peuvent en faire usage sans se douter, comme je l'ai déjà dit, qu'ils prennent un médicament. Procéder ainsi, c'est imiter la nature et la suivre pas à pas; c'est donner à doses presque infinitésimales, mais quotidiennes, aux individus dont la santé ou la constitution a besoin d'iode, un aliment ou un médicament indispensable.

Si des quantités infiniment petites d'iode, administrées journellement peuvent guérir les scrofules, le goître, les constitutions lymphatiques, etc., on peut admettre que de très-faibles doses peuvent en prévenir le développement. Quoi qu'il en soit, quand on réfléchit au fait de préservation, rapporté par M. Boussingault, par l'emploi des sels iodifères; quand on pense que la proportion si faible contenue dans un gramme de poudre d'éponge suffit pour faire disparaître le goître, quand on continue pendant longtemps l'administration de cette poudre, on ne saurait s'empêcher d'attribuer une influence considérable à la présence ou à l'absence d'une très-faible proportion d'iode existant dans une eau, dans une boisson ou dans un aliment qu'on emploie tous les jours et à tous les usages. C'est basé sur ces faits que nous avons cherché pour les individus qui, successivement dégradés, soit par le concours de plusieurs générations, soit par des maladies scrofuleuses, tuberculeuses, cancéreuses ou syphilitiques, soit par de mauvaises conditions hygiéniques ou alimentaires au milieu desquelles ils vivent, ne trouvent pas dans les aliments dont ils se nourrissent, dans l'air qu'ils respirent ou les eaux qu'ils boivent, la suffisante quantité d'iode nécessaire pour combattre ou anéantir l'influence incessante de la cause détériorante, scrofulisante, nous avons songé à leur donner des aliments ou des boissons iodés, c'est-à-dire à leur donner dans leur alimentation journalière la quantité d'iode qui leur était nécessaire pour paralyser les causes soit hygiéniques, soit héréditaires qui déterminent leur détérioration. C'est surtout au vin iodé que nous avons donné la préférence, parce que c'est la forme qui nous paraît la plus convenable pour administrer l'iode pendant les repas et dans

(¹) Au lieu d'administrer aux vaches de l'iodure de potassium, qui produit de graves inconvénients sur leur santé, on pourrait ioder le lait, en mélangeant des plantes marines à leur nourriture; mais nous préférons le préparer autrement, et à beaucoup moins de frais.

les aliments, que le vin est une boisson quotidienne et qui convient le mieux à tout le monde.

Pour préparer ce vin iodé, nous avons eu recours à un procédé qui nous a paru bien remplir le but que nous nous proposons, c'est-à-dire de donner une préparation iodée naturelle qui n'aurait pour la langue, la gorge ni l'estomac, les inconvénients qu'ont les vins iodés ordinaires, qu'on prépare habituellement par l'addition de teinture d'iode ou d'iodure de potassium.

Voici ce procédé; il est des plus simples :

Au moment de la vendange, on doit commencer par faire trier le raisin, afin de n'avoir que du raisin mûr et de faire du bon vin. On ne le fait pas égrapper, à cause du tannin et des sels que renferme la grappe, qui d'ailleurs sert à conserver le vin et aide à la fermentation. Ceci fait dans une vaste cuve en bois capable de contenir plusieurs barriques de vin, on place d'abord une couche épaisse de raisins, puis par-dessus une couche de plantes marines réduites en poudre, ou même une couche de cendres des mêmes plantes, puis une nouvelle couche de raisins, puis une nouvelle couche de plantes marines, et ainsi de suite, jusqu'à ce que la cuve soit remplie. On recouvre ensuite le tout d'une couche de menues pailles, pour le mettre à l'abri du contact de l'air et favoriser la fermentation. Alors commence la grande et capitale opération du cuvage, qui dure de quinze à vingt jours, suivant la température. Lorsque le vin est bon à tirer, c'est-à-dire lorsque la fermentation est achevée, et que le sucre du raisin a été changé en alcool et en acide carbonique, qu'il a dissous l'iode contenu dans les plantes, et qu'il se l'est assimilé, on le fait mettre dans des tonneaux, en le préservant autant que possible du contact de l'air. Pour cela, il faut l'extraire de la cuve à l'aide d'un robinet. Enfin, on procède pour le reste, comme avec le vin ordinaire; ce vin, d'ailleurs, n'est qu'une teinture d'iode, obtenue comme les autres teintures, comme celles d'aloès, d'opium, par la macération et de plus par la fermentation.

C'est ce vin, ainsi préparé, que nous avons appelé *vin iodé naturel*; il se conserve aussi bien que le vin ordinaire, et n'a pas, comme les sirops, les inconvénients de fermenter et de se décomposer. Il contient une telle quantité d'iode qu'on peut même le couper avec d'autres vins, pour l'administrer. La dose à laquelle je l'ai toujours donné a été de deux à trois cuillerées à bouche par jour, pour les adultes, et deux à trois cuillerées à café pour les enfants. Je le donne habituellement, pendant les repas, de la manière

suivante. Dans le vin ordinaire qu'on boit en mangeant ou dans toute autre boisson, on ajoute à chaque repas une cuillerée de vin iodé. Ce vin n'a aucun goût désagréable, et si on ne prévenait les malades, ils ne se douteraient pas qu'ils prennent de l'iode, ou du vin contenant de l'iode.

Persuadé que nous sommes que l'action thérapeutique de l'iode et de ses préparations est plutôt proportionnelle à la quantité d'iode nécessaire pour que toutes les sécrétions contiennent de l'iode, qu'à la grande quantité d'iode qu'on peut prendre dans un jour, nous recommandons d'administrer l'iode longtemps et à petites doses; de nombreuses observations nous ont appris que, dans les affections chroniques, constitutionnelles, les préparations iodées ne sont avantageuses et efficaces que lorsqu'elles sont prises à petites doses, et pendant très-longtemps.

Nouveau procédé de préparation du protoxyde de cuivre.

Le sulfate de cuivre, chauffé dans une atmosphère de carbonate ammonique, se dédouble en protoxyde et en sulfate non attaqué. La réduction se fait si facilement que M. Schiff se fonde sur elle pour préparer cet oxyde, qui est plus employé dans les arts qu'en médecine. Le lavage opère le départ du sulfate. Les médecins allemands emploient ce sel topiquement comme agent de résolution des glandes.

Formules contre les congestions et les apoplexies imminentes.

Nos lecteurs se rappellent l'intéressant mémoire que nous a adressé M. le docteur Lamare-Picquot sur l'usage de l'arsenic comme traitement prophylactique de l'apoplexie. Voici une nouvelle formule préconisée par le docteur Massard, qui l'a administrée, dit-il, plusieurs centaines de fois avec succès :

Pr.	Arséniate de potasse......................	5 centigrammes.
	Alcoolature d'aconit-napel.................	10 grammes.
	Teinture alcoolique de digitale pourprée	5 grammes.
	Eau distillée..............................	500 grammes.

Une cuillerée à bouche, matin et soir, dans un demi-verre d'eau sucrée, deux heures avant ou après le repas, pendant dix ou vingt jours, suivant la persistance des accidents. On a recours au même moyen, pendant une période de temps égale, si les accidents se reproduisent, pour interrompre de nouveau, et ainsi de suite.

L'auteur précise en ces termes les indications et les effets de cette médication :

J'ai recours à cette mixture, dit-il, dans les cas de pléthore sanguine, de congestion pulmonaire ou encéphalique imminente, ou effectuée, mais à un degré léger, et d'apoplexie hémorrhagique également imminente ;

Chez les sujets sanguins, qui mènent une vie sédentaire, ou se livrent à des travaux intellectuels prolongés ou immodérés ;

Chez les personnes à constitution apoplectique, arrivées à la maturité de l'âge, qui ont une première attaque à redouter ou qui, en ayant subi déjà une, éprouvent certains symptômes précurseurs d'une nouvelle ;

Chez les individus sanguins, sujets à des palpitations de cœur, qui ajoutent une chance de plus aux congestions ou aux hémorrhagies cérébrales.

Dans tous les cas ainsi spécifiés, j'ai obtenu, à l'aide de cette formule, les résultats les plus satisfaisants ; je n'ai pas eu occasion d'accuser son insuffisance et de faire intervenir les émissions sanguines ; je dis plus : les émissions sanguines lui sont inférieures en efficacité.

CORRESPONDANCE MÉDICALE.

Névralgie sacro-lombaire ayant déterminé pendant trois ans des accidents très-graves, guérie au moyen des injections de sulfate d'atropine dans la cavité du col de l'utérus.

Mme C*** (de Saumur), âgée de vingt-six ans, d'une constitution très-vigoureuse, d'un tempérament nervoso-sanguin, a été réglée à l'âge de quinze ans : dans son enfance, elle n'a eu aucun symptôme d'éclampsie, ni de chorée ; sa mère n'a eu non plus aucune affection nerveuse. Cette dame s'est mariée à dix-huit ans, a été parfaitement heureuse avec son mari, qui est mort après deux ans de mariage. Après dix-huit mois de veuvage, elle s'est remariée avec un homme d'un caractère très-doux, d'une conduite très-régulière, qui, par conséquent, la rend extrêmement heureuse. Point d'enfants de son premier mariage ; mais de son second, elle a une petite fille âgée de quatre ans, qui se porte très-bien ; l'accouchement a été très-heureux ; depuis lors, les règles sont venues très-régulièrement.

Dans le courant de 1857, Mme C*** fut prise de douleurs excessivement aiguës dans la région iliaque droite ; la moindre pression, le moindre frottement d'un doigt occasionnait une augmentation

très-sensible de la douleur iliaque; au toucher, on ne trouvait rien d'anormal. Plusieurs médecins consultés diagnostiquèrent une ovarite du côté droit : sangsues nombreuses répétées sur l'aine droite, bains multipliés et prolongés, ventouses scarifiées *loco dolenti*, cataplasmes émollients et laudanisés ; enfin, sangsues sur le col de l'utérus. Cette médication fut continuée pendant plus d'une année consécutive, sans aucune amélioration. Au bout de dix-huit mois de traitement, c'est-à-dire vers la fin de 1859, Mme C*** fut prise de crises d'hystérie syncopale : elle restait trois et quatre journées complètes (nuit et jour), sans connaissance aucune, ou, si elle revenait un instant, c'était pour retomber évanouie, comme le disait sa famille. Des accidents hystériques caractérisés par des convulsions cloniques, des cris aigus, précédaient ordinairement de quatorze ou quinze heures les syncopes, qui duraient toujours trois ou quatre jours consécutifs.

Cette dame eut occasion d'aller à Angers, chez une tante, vers le mois d'avril 1860 ; là elle fut prise des mêmes accès hystériques; trois médecins distingués de cette ville furent appelés et diagnostiquèrent également une ovarite du coté droit avec engorgement du même côté du corps de l'utérus : ils prescrivirent un repos absolu sur une chaise longue pendant une année ; tous les quinze jours, une application de sept à huit sangsues sur le col de l'utérus, des injections répétées, émollientes et narcotiques. L'un de ces médecins dit même que cette affection pourrait durer jusqu'à l'époque de la ménopause. Cette dame, épouvantée d'un pronostic aussi grave, me fit appeler à son retour à Saumur.

Je lus les différentes consultations des médecins d'Angers ; d'après les douleurs si permanentes de l'aine droite, j'acceptai le diagnostic porté par mes confrères ; cependant, on ne ressentait au toucher aucun gonflement, aucune rénitence. Tous les traitements antiphlogistiques employés par les cinq ou six médecins que Mme C*** avait consultés ayant échoué, je changeai de moyens, et, pensant que l'ovarite pouvait occasionner les accidents hystériques, je proposai l'application d'un large vésicatoire sur la région iliaque droite, pansé avec le sulfate de morphine, 1 centigramme matin et soir, et l'usage de pilules composées de valériane et d'assa fœtida. Cette médication fut continuée pendant un mois, sans aucune amélioration, les accès hystériques revinrent même avec plus d'intensité ; alors, je cessai tout traitement intérieur, et je m'adressai à une espèce d'hydrothérapie. Je fis mettre Mme C*** dans un fauteuil, sous lequel il y avait quatre becs de lampe à esprit-de-vin ;

elle fut recouverte d'une couverture de laine, et restait dans ce bain de vapeur pendant vingt minutes : elle suait abondamment ; au bout de ce temps, son mari la plongeait dans une baignoire, où il y avait 20 à 25 centimètres d'eau froide, et avec l'eau de la baignoire, il frictionnait, ainsi que moi, toutes les parties du corps ; elle ne pouvait rester que trois minutes dans ce bain, puis elle était recouchée, enveloppée dans une couverture de laine, et elle suait abondamment pendant une couple d'heures. Ce traitement, continué pendant dix jours, a amené une amélioration sensible ; la douleur de l'aine était moins aiguë, les accès hystériques moins intenses et moins longs, mais cependant revenaient assez régulièrement toutes les trois semaines ; le sulfate de quinine n'eut aussi aucun résultat sur cette affection si tenace.

D'après des traitements si variés dans une maladie si longue, si désespérante par ses symptômes insolites, et venant de lire les observations de M. le docteur Béhier, je me dis : mais cette douleur si aiguë de la région iliaque droite, sans tumeur, sans rénitence sous les doigts, existant depuis plusieurs années, et ayant occasionné des symptômes nerveux si formidables, qu'aucun moyen n'a amendée, cette douleur, dis-je, ne pourrait-elle pas être une névralgie du plexus sacro-lombaire, qui irradierait du côté de l'aine droite, et occasionnerait les symptômes hystériques ? Dans ce dernier cas, des injections d'atropine pourraient peut-être soulager la malade. Après avoir bien mûri ces réflexions, et n'ayant pas la seringue de Pravaz, je proposai à Mme C*** de lui faire des injections utérines, qu'elle accepta. Au mois d'août 1860, je fis dissoudre 30 centigrammes de sulfate d'atropine dans 30 grammes d'eau distillée, je mis cette solution dans une petite seringue ordinaire, et j'allongeai la canule au moyen d'un tuyau de plume ; j'introduisis préalablement mon doigt indicateur gauche dans le vagin, et la pulpe de ce doigt dans la cavité du col de l'utérus, et conduisant la canule de la seringue sur ce doigt, je poussai la solution d'atropine dans cet organe. Toute la journée, Mme C*** fut comme imbécile, n'ayant aucune idée et ne pouvant sortir de son lit ; pupilles très-dilatées, preuve évidente que la solution avait été absorbée. La douleur *ovarique* avait disparu, et Mme C*** ne s'était jamais trouvée aussi bien depuis plusieurs années. Je répétai cette injection tous les deux jours ; après la sixième, Mme C*** se trouvait guérie.

Dès la première injection, tous les symptômes nerveux ont disparu, la douleur qui avait son siége dans l'ovaire droit, ainsi que les accès hystériques.

Ce fait est des plus remarquables et n'a pas besoin de commentaires ; on voit qu'une seule injection de 30 centigrammes de sulfate d'atropine a suffi pour faire cesser un *nervosisme* général qui existait depuis plus de trois ans, et qui a trompé plusieurs médecins. J'ai continué ces injections pendant douze jours, c'est-à-dire une tous les deux jours, afin de prévenir la récidive, et à chaque injection, Mme C*** a éprouvé une véritable intoxication atropique, qui disparaissait d'elle-même au bout de quelques heures.

Aujourd'hui 26 juin 1861, Mme C*** se porte toujours bien ; elle a recouvré son ancienne fraîcheur, son appétit est revenu; seulement ses règles, qui viennent à toutes les époques, sont peu abondantes, quoique différentes préparations de fer, carbonate, dragées de Gille, etc., aient été administrés pendant assez longtemps ; au bout d'un jour, elles sont terminées, et encore, comme elle le dit, « à peine si mon linge est taché. » Nonobstant, elle se porte aussi bien que possible.

Dr Bouchard,
Médecin de l'Hôtel-Dieu de Saumur.

BIBLIOGRAPHIE.

Traité des maladies des Européens dans les pays chauds (régions tropicales), *climatologie, maladies endémiques*, par M. le docteur Dutroulau, premier médecin de la marine (en retraite), officier de la Légion d'honneur.

Il faudrait presque un livre pour analyser ce livre, tant les questions s'y pressent, tant y sont accumulés les sujets d'une originale observation. M. Dutroulau qui, malgré ses longs voyages, a su se tenir au courant de la science de la vieille Europe, a dû plus d'une fois, en présence de faits si fortement accentués, et qui ne consistent souvent pour nous, quand ils se produisent sous nos yeux, qu'en des nuances fugitives et à peine accusées, M. Dutroulau, disons-nous, en présence de tels faits, a dû plus d'une fois être tenté de secouer le joug de nos petites théories, et aspirer à une doctrine plus large, plus hardie des choses de la science pathologique, et où se marquât plus nettement le caractère d'une vie morbide plus énergiquement exprimée. L'ancien médecin en chef de la marine a su résister à cette tendance, et, esprit prudent, voir avec les yeux de la vieille science les faits originaux qui, dans ses nombreuses pérégrinations dans les régions tropicales, se sont tour à tour déroulés sous ses yeux attentifs. Certains traiteraient de science couarde cette

application de la science lentement élaborée au sein du vieux monde à presque tout un ordre de faits nouveaux, et auraient désiré qu'on fit un peu plus souvent appel, pour les interpréter, à une autre faculté de l'esprit qu'à celle de la pure et simple observation. Assurément, à suivre cette voie, quelques intelligences puissantes ont réellement servi la science, en ouvrant à l'esprit scientifique la perspective d'horizons nouveaux ; mais aussi combien, en suivant cette voie aventureuse, ont rencontré des erreurs au lieu de vérités. Sans sortir du champ d'observations dans lequel s'est renfermé M. Dutroulau, comparez la science d'hier sur ce point avec la science d'aujourd'hui : combien d'idées fausses se rencontrent là partout, et cela chez les hommes les plus instruits de la science de la médecine des régions intertropicales, et dont il faut tout d'abord émonder celle-ci, avant de produire quelque chose de viable, et qui, expression vraie de la nature, soit appelé à demeurer éternellement comme elle ! Si nous aimons la hardiesse d'esprit qui va en avant, et nous escompte en quelque sorte l'avenir au profit du présent, nous estimons davantage ces esprits prudents, corrects, timidement laborieux qui ne font point un pas sans s'être assurés du sol sur lequel celui-ci doit poser, parce que ces esprits-là nous sont un guide plus sûr, et qu'à mesure que l'âge nous mûrit, nous avons plus de confiance en une science plus circonspecte : cette science-là, on peut l'accepter sans se livrer.

Nous l'avons dit, en commençant, il y a une foule de choses dans ce livre, et de choses qui, pour être approfondies, demanderaient des développements que nous devons nous interdire ici. Pourtant, comme toutes les questions agitées dans cet ouvrage par notre savant et intelligent confrère sont des questions qui intéressent au plus haut degré la curiosité scientifique des médecins qui pensent, au milieu du déluge de paroles qui depuis quelque temps nous inondent, j'indiquerai au moins quelles sont ces questions, et m'efforcerai, chemin faisant, d'en indiquer la solution, quand, sous la plume exercée du savant médecin en chef de la marine, je trouverai que celle-ci est judicieuse ou complète.

Dans la première partie de son livre, M. Dutroulau traite de la climatologie, et étudie successivement au point de vue d'une science qui sait ce dont il s'agit, le climat du Sénégal, de la Guyane, des Antilles, de Mayotte, de la Réunion, et enfin de Taïti ; puis, après avoir dessiné à grands traits, soit sur les données de sa propre observation, soit sur celles d'observations qu'il n'accepte qu'après les avoir discutées, cette climatologie diverse comme les lieux mêmes

qu'elle caractérise, il montre les rapports qu'ont entre eux ces climats partiels, comme les différences qui les séparent. Ces importantes et presque toujours sûres données largement développées, l'auteur étudie ensuite dans trois chapitres différents, et où à chaque page se montre son esprit aussi judicieux que sagace, les rapports qui lient les maladies endémiques aux climats partiels, l'influence des climats tropicaux sur les maladies vulgaires, et enfin les conditions de l'acclimatement de l'Européen dans ces contrées diverses, où la vie a à lutter et à lutter incessamment contre les influences sidérales, et surtout telluriques les plus hostiles. Il ne nous appartient en aucune façon de juger une foule de solutions des questions que M. Dutroulau propose et qu'il a puisées dans une observation patiente, attentive. Ce que nous pouvons dire seulement sur ce point, c'est que là partout se montre une science de bon aloi, un jugement exercé, et qui ne dévie jamais de la direction que trace une méthode sévère à l'esprit qui veut étudier les lois de la nature. Mais outre ces qualités de l'esprit, il est telles pages dans ce livre intéressant que nous pourrions citer, qui montrent en même temps que le médecin en chef de la marine a du cœur, et que, quand il saisit un moyen d'alléger pour nos pauvres soldats le poids de ces climats meurtriers, il n'hésite pas à l'indiquer au gouvernement. C'est ainsi qu'après avoir longuement discuté la grave question du rapatriement des convalescents, et avoir indiqué les meilleures conditions pour que celui-ci s'effectue de la manière la plus favorable aux santés compromises, l'auteur n'hésite pas à proposer un moyen plus radical, celui de l'abréviation du temps de séjour des troupes affectées aux colonies. « Ne serait-il pas possible enfin, dit quelque part M. Dutroulau, d'atténuer le danger du séjour des garnisons dans nos colonies tropicales, en réduisant à trois les quatre ans réglementaires qu'elles doivent y rester, et en opérant les remplacements annuels par tiers, au lieu de les opérer par quart? Les considérations dans lesquelles nous sommes entré touchant l'acclimatement pathologique, font pressentir tous les avantages qu'on tirerait de cette mesure, et il est à désirer que les exigences administratives puissent s'y prêter. » Il suffit d'exprimer un tel vœu pour que tous s'y associent : *non agitur de ligno, sed de corio humano.*

La deuxième partie, et la partie de beaucoup la plus considérable de l'ouvrage de notre très-honorable confrère, est consacrée exclusivement à l'étude des maladies endémiques dans les régions tropicales; c'est ainsi qu'il étudie successivement les fièvres paludéennes dans leur forme commune et dans les formes spéciales ou perni-

cieuses qu'elles revêtent si souvent en de pareilles conditions de genèse primitive et d'influences sidérales; la fièvre jaune, la dyssenterie, l'hépatite, qui s'y lie si souvent, et enfin la colique, dite colique sèche. Nous allons, non assurément suivre l'auteur pas à pas dans chacune de ces intéressantes études, mais seulement mettre en relief quelques-unes des idées les plus importantes à connaître qu'il y émet ou qu'il y développe, et cela uniquement dans la mesure qui est nécessaire pour appeler l'attention des lecteurs du *Bulletin général de Thérapeutique* sur un ouvrage sérieusement élaboré.

Si, dans son étude des fièvres paludéennes, l'auteur n'a pas plus que ceux qui l'on précédé dans cette direction, levé le voile qui nous cache et la nature de cette affection, et le délétère infectieux qui la détermine, il a au moins surabondamment démontré qu'elle n'est pas ce que quelques esprits à courte vue en ont affirmé dans ces derniers temps. Pour ce qui est de la cause efficace proprement dite de la maladie, M. Dutroulau combat avec énergie ces conceptions fausses qui, sous prétexte que le miasme générateur auquel conclut la logique de l'observation, s'est dérobé jusqu'ici aux moyens de l'analyse chimique, nient le miasme, et y substituent je ne sais quelle perturbation bien plus indémontrée encore d'une des forces cosmiques les plus répandues dans la nature, l'électricité. Comme cette conception quelque peu fantastique touchant la nature d'une des maladies les plus communes s'est produite dans le monde médical sous le patronage d'un nom qui pourrait imposer et servir de passe-port à l'erreur, nous demandons la permission de citer ici un court passage de l'ouvrage de M. Dutroulau, qui démolit sans phrase cette malencontreuse conception. « Les longues incubations, dit l'auteur, et le transport à distance du miasme, ne permettent donc pas d'admettre la théorie électrique de la pathogénie de la fièvre, qu'a voulu lui substituer récemment M. Burdel, malgré les développements ingénieux, mais la plupart contestables, qu'il a donnés de cette théorie. D'après cet auteur, le sol palustre ne serait qu'une vaste pile voltaïque, fournissant parfois à l'atmosphère une énorme quantité d'électricité, et d'autres fois, au contraire, la lui soutirant pour la retenir dans l'immense réservoir; les phénomènes paludéens ne seraient que les effets de la perturbation apportée à l'électricité atmosphérique et dont l'organisme humain traduirait toutes les variations. Si cela était, les phénomènes de la fièvre devraient, comme les phénomènes électriques, se produire toujours instantanément et sur place, ce qui n'a pas lieu. » N'est-ce point

là effectivement une expérience toute faite, et contre laquelle ne sauraient prévaloir les vues les plus ingénieuses de la théorie la plus correcte en apparence?

Après avoir étudié l'impaludisme à tous les points de vue commandés par l'état actuel de la science, M. Dutroulau aborde, relativement à la fièvre jaune, plusieurs questions qui ont naguère parmi nous singulièrement passionné les esprits, sans que la lumière, on peut le dire aujourd'hui, se soit faite complète, triomphante sur aucune de ces questions. Ces problèmes si difficiles, peut-on dire que M. Dutroulau les ait résolus? Non, sans doute; mais ce que nous pouvons dire, c'est que si cette solution est à portée humaine, l'auteur a du moins marqué la route qui doit y conduire. C'est au milieu même d'épidémies meurtrières, dans les lieux mêmes où sous l'influence d'éléments telluriques inconnus la maladie s'élabore, que l'auteur l'a étudiée à diverses époques de son apparition. De cette étude véritablement topique, il résulte pour M. Dutroulau la conviction que ce n'est point là une affection qui naît, comme cela arrive pour le typhus, des conditions qu'on pourrait appeler infection commune, mais bien une maladie infectieuse et spécifique, ayant eu jusqu'ici ses foyers, ses climats particuliers, mais pouvant se manifester plus ou moins loin de ses foyers endémiques, et se reproduisant toujours la même, à l'intensité près, dans quelque lieu, et à quelque époque qu'elle apparaisse. M. Dutroulau croit à la contagion de cette maladie; ici, comme chez un grand nombre d'epidémiographes, la pensée de l'auteur, bien qu'il s'efforce de la préciser, manque peut-être un peu de netteté. La ligne si souvent indécise qui sépare l'infection de la contagion n'est pas tracée d'une main sûre : quelque confiance qu'inspire le laborieux et consciencieux observateur, on se prend quelquefois à douter, alors qu'il affirme.

L'histoire de la dyssenterie, qui suit immédiatement celle de la fièvre jaune, est plus nette et plus précise. L'anatomie pathologique en est tracée d'une manière énergique; il est telles lésions de cet ordre que rapporte l'auteur, et auxquelles les malades ont survécu, qu'on ne comprend pas être compatibles avec la vie. Parmi les symptômes de cette affection grave entre toutes, dont M. Dutroulau a tracé un si énergique tableau, nous avons été étonné de n'en avoir pas rencontré un d'une gravité très-grande, et que nous avons eu occasion d'observer dans une épidémie de dyssenterie *nostras*, car, comme le bon Panurge, nous n'avons jamais quitté le plancher des vaches, c'est une paralysie des sphincters de

l'anus, par suite de laquelle la fin de l'intestin se montre comme un entonnoir béant. C'est là un phénomène qui se lie si étroitement à l'état de l'intestin, dans les dyssenteries graves, qu'il est impossible que, si on l'eût cherché, on ne l'eût pas rencontré dans les épidémies désastreuses qu'on a eu si souvent occasion d'observer dans les régions tropicales. Nous sommes donc porté à penser qu'il y a là une omission que nous demandons au savant médecin en chef de la marine la permission de lui signaler. Quant au traitement, l'auteur signale une méthode simple qui paraît avoir exercé une très-positive influence dans les cas où la maladie ne montre pas une grande intensité; c'est la méthode substitutive, et l'agent le plus approprié de cette médication serait, paraît-il, le petit-lait manné (30 grammes de manne pour 500 grammes de petit-lait). La diète ne doit pas être absolue, et le bismuth peut aider l'intestin à digérer les aliments qu'on lui confie. Au reste, le moyen radical, c'est l'éloignement du foyer.

L'hépatite dont M. Dutroulau trace l'histoire après la dyssenterie, et qui se lie si souvent à celle-ci comme l'effet de l'extension de la lésion primitive, a été largement étudiée. Enfin l'auteur termine également son intéressante publication par une discussion profonde, lumineuse, de la nature de la colique sèche.

Depuis que M. Lefebvre a étudié cette question, il est incontestable qu'elle a fait un grand pas, et, s'il nous était permis d'opiner en une telle matière, nous dirions qu'elle est bien près d'arriver à une solution définitive. M. Dutroulau n'ose pas être aussi affirmatif que l'illustre médecin de Brest sur la cause exclusivement saturnine de cette maladie, mais il reconnaît hautement que dans une foule de cas, où il y a quelques années à peine, on n'eût pas soupçonné cette cause, celle-ci se montre claire, évidente, irréfragable. Non-seulement cette cause se révèle presque toujours à une observation attentive, mais n'est-il pas évident qu'à étudier les symptômes par lesquels cette maladie se traduit à l'observation, on ne peut s'empêcher de reconnaître l'empreinte de l'action spécifique du plomb sur l'économie vivante? Il est bien difficile de comprendre qu'un ensemble de conditions aussi complexes que celles qui naissent du climat, se traduisît par des symptômes dont l'ensemble constitue une si profonde originalité pathologique.

Bien que nous n'ayons fait qu'effleurer ce livre si substantiel, et à la fois si judicieusement, si prudemment pensé, ce que nous en avons dit suffira, nous espérons, pour attirer sur lui l'attention de tous ceux qui ont souci du progrès de la science. Si engagé qu'on

soit dans l'ornière où se traîne la médecine contemporaine sur les béquilles de l'observation purement physique, on sent qu'avec ces grands faits s'ouvre la perspective de vérités nouvelles et plus médicales.

RÉPERTOIRE MÉDICAL.

Anesthésique (*Nouvel agent*). Le professeur Bigelow donne la description suivante d'un nouvel anesthésique, la kérosolène, récemment découvert à Boston. Ce fluide présente, dit l'auteur, de remarquables propriétés : il est fade comme l'eau, volatil et inflammable comme l'éther, quoique brûlant avec une flamme blanche et épaisse ; il a une légère odeur de chloroforme, qui, par l'évaporation, se transforme en celle de goudron et disparaît ensuite entièrement, à tel point qu'un mouchoir imbibé de ce liquide n'a plus aucune odeur en quelques minutes, et dès qu'il est sec, la chambre ou l'atmosphère où il était n'indique en rien sa présence. L'éther et le chloroforme laissent comme on le sait, à différents degrés, un arome fade, persistant et fort après l'évaporation. Ils sont moins agréables à inhaler que ce nouvel agent, qui a ainsi un avantage sensible sur chacun d'eux ; quelques inhalations suffisent à en montrer l'efficacité comme anesthésique, et cette propriété jointe à ses autres qualités le placera, j'ose le dire, au-dessus de tous les anesthésiques connus, car son usage n'est suivi ni de maux de tête, ni de vertiges, ni autres symptômes incommodes, et il est exempt de tout danger, comme l'éther. Le docteur Hodges ayant fait inspirer, sur ma demande, les vapeurs de ce nouvel agent, une complète insensibilité survint, se continua pendant quelques minutes avec diminution du volume du pouls : cet effet était très-agréable, ne laissant ni mal de tête, ni nausées, ni mauvais goût. Après avoir décrit trois cas dans lesquels il s'en servit et où le pouls devint intermittent et une asphyxie partielle se produisit, il dit : Comme conclusion, on doit remarquer que ces trois cas sont insuffisants pour une démonstration péremptoire ; leurs symptômes communs et défavorables ne sont peut-être qu'une coïncidence ; mais ils font prévoir, à coup sûr, les propriétés de la kérosolène. Elle est probablement plus puissante que l'éther, exige le mélange libre de l'air et peut produire sur l'organisme une impression ou une influence autre que celle de la vraie intoxication qui suit l'usage de l'éther. En attendant une évidence plus nette, on peut considérer comme établi que la kérosolène est un anesthésique incontestable et doué de certaines propriétés remarquables qui lui sont propres. (*Med. Times and Gazette* et *Uni. méd.*, septembre 1861.)

Cœur (*Cas de plaie non pénétrante du*), *avec rétention du corps vulnérant dans les parois de l'organe, suivi de guérison*. Les plaies du cœur, même les plaies pénétrantes, à plus forte raison les non pénétrantes, ne sont pas constamment mortelles : c'est ce que prouvent un assez bon nombre de cas bien authentiques enregistrés dans les annales de la science. Elles en renferment aussi quelques-uns qui montrent que la présence d'un corps étranger dans les parois cardiaques n'est pas toujours un obstacle à la guérison : ainsi, sans compter ceux observés chez des animaux, il y a le fait cité partout, d'après Latour d'Orléans. Ces exemples et le suivant, qui témoigne dans le même sens, ont, quelle que soit leur rareté, une portée pratique à ne pas perdre de vue, quand il s'agit du pronostic et du traitement.

En 1842, un jeune Irlandais, John Kelly, reçut un coup de feu à l'épaule droite. Un chirurgien, appelé à lui donner des soins, ayant sondé la plaie, trouva la balle qui était entrée à travers le bord supérieur du trapèze, à deux pouces de l'acromion, logée sous la clavicule, vers le tiers interne de cet os ; il crut plus prudent de ne pas l'extraire. Au bout de six semaines, l'enfant put se remettre au travail. Il y a quatorze ans, ce jeune homme fut dangereusement malade d'une pneumonie qui s'accompagna de violentes palpitations. Depuis lors, il éprouva plusieurs fois des symptômes donnant lieu de croire à une affection organi-

que du cœur. Dans sa dernière maladie, due à un refroidissement, il eut de nouveau des palpitations violentes, avec aphonie, douleurs dans les épaules et les bras; avant la mort, le bras droit présenta une rougeur remarquable accompagnée de refroidissement.

A l'autopsie, faite le 15 juin 1860, par les docteurs Balch et Terry, on trouva l'artère sous-clavière droite remplie d'incrustations calcaires, les autres artères saines; les veines sous-clavière et jugulaire externe du côté droit dilatées, cette dernière oblitérée à son embouchure; le lobe supérieur du poumon droit congestionné; pas de tubercules pulmonaires, mais des adhérences pleurales considérables; le péricarde entièrement adhérent au cœur et ne pouvant en être séparé. Enfin, à la partie inférieure du ventricule droit, on sentait une masse dure, placée dans la paroi ventriculaire, près de la pointe. Une incision faite avec précaution montra que cette masse était constituée par une balle de plomb légèrement aplatie. (*Med. Monthly and New-York Rev.*, sept. 1860, et *Gaz. hebd.*, 9 août 1861.)

Colchique d'automne; *ses effets thérapeutiques dans le rhumatisme et dans la goutte.* L'action du colchique dans la goutte et le rhumatisme a été très-diversement appréciée, alternativement exagérée dans ses avantages, ou dépréciée au delà de toute expression. La vérité ne sera bien connue sur la juste mesure de confiance qu'il convient d'accorder à ce médicament que lorsque les praticiens, qui auront eu de fréquentes occasions d'en faire usage dans les conditions d'expérimentation bien déterminées, auront fait connaître les résultats de leurs essais en dehors de toute prévention. Voici un document qui nous a paru mériter à ce titre d'être mis sous les yeux de nos lecteurs.

M. le docteur Goupil, de Rennes, récemment enlevé à la profession et à la science, a laissé un travail posthume que vient d'éditer M. le docteur Toulmouche, dans lequel sont exposés les résultats de l'expérience qu'il avait acquise sur l'action de ce médicament par de nombreux essais faits sur ses malades et sur lui-même. C'est l'exposé de ces résultats que nous allons faire connaître.

Beaucoup de praticiens, trompés par la coïncidence des évacuations alvines avec la disparition des douleurs, et surtout par le rapport qui semble exister entre le nombre des selles et le prompt soulagement, ont affirmé que c'était comme purgatif que ce remède était indiqué contre les affections rhumatico-goutteuses, par conséquent qu'il pouvait être remplacé par d'autres évacuants, et que, dans tous les cas, il convenait de lui en associer quelques autres. M. Goupil pense que c'est une grave et dangereuse erreur. Voici les raisons qui lui font adopter une autre opinion :

1° Lorsque dans ces affections morbides on administre un purgatif quelconque, il ne diminue pas les douleurs, et, s'il soulage en combattant la constipation, souvent les mouvements qu'il nécessite irritent les parties atteintes. On verra bientôt pourquoi cette manière d'agir est si différente de celle du colchique.

2° La nature des évacuations de ce dernier n'offre aucune ressemblance avec celles d'un purgatif ordinaire, mais elle est toute spéciale.

Lorsque le colchique est pris à doses très-fractionnées, il arrive quelquefois que les douleurs cessent sans qu'il y ait des évacuations.

Les purgatifs ajoutés au colchique agissent à leur manière; mais, d'après M. Goupil, loin d'augmenter l'action de ce médicament, ils contribuent au contraire à la diminuer. Aussi est-il d'avis qu'il faut rejeter toutes les formules prétendues secrètes, pour s'en tenir au colchique pur.

Quel est le mode d'action de ce médicament? Il irrite d'abord médiocrement les voies digestives; il détermine ensuite des symptômes généraux, principalement du côté du système nerveux; il est donc absorbé, circule avec le sang dans toutes les parties du corps, et c'est à son retour, ou secondairement, qu'il augmente la sécrétion intestinale, urinaire et même cutanée. C'est ce qui explique le retard des selles, et surtout pourquoi elles sont irritantes, même lorsqu'elles n'ont lieu que quarante-huit heures après l'ingestion du remède.

Si le médicament a été pris à petites doses réitérées, il peut se faire que la goutte cesse sans évacuations par les selles, mais bien après une évacuation plus ou moins abondante par les urines ou par les sueurs; l'accès disparaît alors un peu plus lentement.

Les mauvais effets attribués au colchique sont : 1° le déplacement de la goutte; 2° les ulcérations intestinales;

3° la mort. M. Goupil a cru remarquer que les applications de sangsues donnaient le plus ordinairement lieu à de funestes accidents du déplacement de la goutte. Il n'a rien observé de semblable après l'administration des préparations de colchique, probablement, dit-il, parce qu'elles diminuent le principe étranger qui vicie la masse du sang. Il n'en est pas de même, suivant lui, lorsqu'on n'a recours qu'à un purgatif, car on établit de la sorte un point de fluxion sur le canal intestinal, sans avoir préalablement mis la matière épanchée dans des conditions propres à lui permettre d'être éliminée. Aussi en résulte-t-il souvent des métastases, et il est probable que le plus grand nombre de ces accidents attribués à l'emploi du colchique est plutôt dû aux substances qui lui sont imprudemment associées.

En résumé, pour M. Goupil, le colchique est le meilleur médicament à opposer à la goutte. « Si des praticiens, dit-il, ont adressé à cette substance le reproche de donner lieu à des ulcérations intestinales, je ne suis pas en mesure de nier cette assertion ; mais, cependant, je n'admets la possibilité de cet effet à la longue, que par l'emploi inconsidéré du colchique et la prolongation trop grande de son action sur la muqueuse intestinale. (*Archiv. de méd.*, juillet 1861.)

Fièvre intermittente anomale. *Nombreuses médications sans résultat ; guérison par le quinquina et l'iodure de potassium.* M. le docteur Roubaud a communiqué à la Société médico-pratique de Paris le fait suivant, qui est intéressant tout à la fois comme exemple de fièvre intermittente anomale qui, pendant dix-huit mois, a exercé inutilement la sagacité des médecins les plus distingués de Paris, et, comme résultat thérapeutique démontrant l'insuffisance des préparations de quinquina et l'utilité de l'iodure de potassium dans tout état cachectique.

Un haut personnage de la république de Saint-Domingue, au milieu des guerres qu'il eut à faire dans cette contrée, fut pris d'une espèce de fièvre intermittente dont les accès parurent, dès le principe, heureusement modifiés par l'ingestion du sulfate de quinine. A quelque temps de là, il partit pour la France. A bord la fièvre reparut ; quelques doses de sel fébrifuge parurent encore en faire justice ; mais, à Paris, elle se montra de nouveau, et comme dans les accès précédents, le sulfate de quinine, le quina en poudre, divers opiats fébrifuges n'aboutirent qu'à suspendre le retour des accès pendant huit ou dix jours. Ces accès n'avaient pas d'ailleurs une intermittence bien tranchée. Pendant ce temps le malade perdait ses forces et l'état général s'aggravait d'une manière inquiétante. L'exploration de la rate, du foie, etc., ne dénotait aucune lésion appréciable. Une saison aux eaux de Pougues fut alors, mais inutilement conseillée, tout échoua : douches, hydrothérapie sous toutes les formes, eau minérale en boisson. — De retour à Paris sans être guéri, le malade en proie à la fièvre comme par le passé, fut soumis, par M. Roubaud, à l'emploi des alcooliques, suivant les indications de J. Guyot. Cette médication n'eut également aucun résultat. Ce qui, en définitive, a toujours le mieux réussi, c'est la poudre de quina à hautes doses. La cachexie continuait de se dessiner de plus en plus, lorsqu'un jour se montrèrent autour du cou quelques ganglions manifestement devenus le siége d'un certain degré d'engorgement. Bien que le sujet de l'observation n'ait jamais eu d'affection syphilitique, M. Ricord consulté, conseilla l'usage à l'intérieur de l'iodure de potassium. Sous l'influence de cette médication, et au bout de peu de jours, la fièvre et les glandes hypertrophiées ont complètement disparu. La guérison datait de plus de deux mois à l'époque où M. Roubaud en entretenait ses collègues. La cachexie a fait place à un parfait état de santé. (*Union méd.*, août, 1861.)

Flux menstruel (*Hémorrhagie dans la chambre antérieure de l'œil, supplémentaire du*). Il est peu de points par où ne se soient fait jour les hémorrhagies supplémentaires, qui ont lieu assez souvent dans les cas où la menstruation se trouve supprimée ou même simplement diminuée. Mais nous ne connaissons aucun exemple de déviation des règles se manifestant par un épanchement sanguin dans la chambre antérieure ; celui qui s'en rapproche le plus est un cas d'hémorrhagie dans le corps vitré, publié par M. le docteur Colasimo en 1851, et que cite l'auteur de l'observation dont nous nous occupons ici, M. le docteur Guépin. Ce sont là des faits rares, et qui, en raison de leur rareté même, doivent être connus du praticien, afin qu'il puisse, s'il venait à en rencon-

trer d'analogues, leur donner tout de suite leur véritable signification.

Il s'agit d'une jeune personne de bonne constitution, mais chlorotique, qui, réglée à quinze ans, a toujours vu depuis ses menstrues revenir régulièrement quant au temps, mais être suivies à chaque époque d'une épistaxis supplémentaire, épistaxis qui variait d'abondance suivant que l'écoulement sanguin de l'utérus était plus ou moins considérable. Le 18 avril dernier, les règles parurent et s'arrêtèrent au bout de deux heures; mais cette fois l'épistaxis habituelle a manqué, et il s'est fait une hémorrhagie dans l'intérieur du globe oculaire : cet hypohéma s'est produit instantanément, et a rempli les chambres de l'œil. M. le docteur Guépin, qui vit la malade le 23 mai suivant, trouva un épanchement de sang à cheval sur le bord libre de l'iris, et remplissant toute la partie inférieure de la chambre antérieure; la pupille était ouverte et libre, et la vision eût été possible, sans une tache blanche existant sur la membrane de Descemet; la conjonctive était le siége d'une inflammation, mais qui n'était autre chose que la conséquence de cautérisations pratiquées récemment avec le nitrate d'argent. Sous l'influence du traitement conseillé, fomentations sur l'œil, usage d'un collyre à l'atropine, exercice au grand air, ferrugineux, l'état général s'améliora, et la double maladie oculaire se modifia d'une manière favorable. (*Journal de méd. de Bordeaux*, août 1861.)

Solanum pseudo-capsicum (*Cas d'empoisonnement par les baies du*) On cultive fréquemment cet arbuste, comme plante d'ornement, à cause de ses fruits rouges. Les jardiniers lui donnent le nom de *cerisette*, probablement parce que ses baies ressemblent à certaines espèces de cerises. Cette ressemblance et le nom vulgaire ne manquent pas de tromper les enfants; aussi, d'après M. Montané, on a trop souvent à enregistrer des empoisonnements causés par ces fruits. Ce pharmacien rapporte que trois ou quatre de ces baies ont suffi, chez un enfant de quatre ans, pour déterminer les phénomènes les plus graves : nausées avec somnolence, douleurs hypogastriques très-vives, dilatation des pupilles, etc. Appelé par les parents, M. Montané se hâta de provoquer les vomissements en attendant la venue du médecin. Le malade vomit des débris de cerisette mêlés à des aliments. Le médecin, aussitôt son arrivée, fit appliquer des sinapismes et fit administrer en même temps une forte infusion de café. Les accidents cessèrent après trois heures de soins assidus. Comme le solanum pseudo-capsicum ne se trouve pas signalé dans nos traités des plantes médicinales indigènes, M. Montané a cru devoir signaler cette lacune qui n'est pas sans importance, on vient de le voir. (*Répertoire de Pharmacie*, août 1861.)

Staphylôme *transparent de la cornée*; *traitement par l'iridenclise double*. L'auteur de ce nouveau mode de traitement du staphylôme chronique, M. le docteur Botto, l'a fait connaître au congrès sanitaire de Gênes, le 18 février dernier. Voici en quels termes il est résumé dans une brochure de M. le docteur Vincenzo de Paoli : L'opération de M. Botto a été faite sur une jeune fille de dix huit ans, affectée depuis deux ans d'une conicité très-prononcée des deux cornées, avec existence d'une tache blanchâtre au sommet du cône gauche, et déjà assez aveugle pour devoir être conduite. M. Botto pratiqua avec un kératotome ordinaire une petite incision perforante au milieu du segment inférieur des deux cornées allongées sous forme d'un cône volumineux, et à peu de distance de leur bord; puis, par une légère pression méthodique exercée, au moyen de la curette de Daviel, sur le bord externe de la plaie, il obtint l'enclavement du bord pupillaire de l'iris dans la plaie de l'incision. Au bout de quelques jours, et après avoir remarqué une amélioration notable de la conicité de ces cornées, il répéta l'opération à la partie supérieure de ces membranes. Il fallut la répéter trois fois à l'œil gauche, le bord pupillaire s'étant échappé les deux premières fois de son enclavement dans les plaies. Il n'y eut aucune trace d'irritation oculaire à la suite de ces opérations. Les cornées perdirent tellement leur forme anormale, que c'est à peine si quelqu'un qui les aurait vues avant toute opération pourrait en retrouver une trace, et cela seulement au centre et après un examen fort attentif. Le champ pupillaire est allongé de haut en bas; les iris, adhérant fortement aux parties supérieure et inférieure des cornées respectives, présentent une surface convexe, mais n'ont pas perdu de leur motilité. L'opérée, que son extrême myopie rendait presque aveugle, a promptement acquis

un degré de vue suffisant pour distinguer même les objets distants et pour lire, et cela même de l'œil gauche. le sommet blanchâtre du cône ne gênant guère la vue, grâce à la forme allongée de la pupille. (*Archiv. générales de médecine*, juillet 1861.)

Tanaisie (*Empoisonnement par la*). La tanaisie, disent les auteurs de matière médicale et de thérapeutique, est tonique, excitante, fébrifuge, anthelmintique, emménagogue. Mais nulle part, que nous sachions, à en juger par le silence des livres, elle n'a été présentée, comme vénéneuse; et en général. — en France du moins, car il paraît qu'il n'en est pas de même en Amérique, — on ne songe guère qu'elle puisse avoir des qualités délétères, malgré son odeur forte et désagréable, sa saveur âcre et nauséeuse, et l'ensemble de ses propriétés qui la rapprochent de l'absinthe, plante de la même famille, que MM. Trousseau et Pidoux regardent comme vireuse et un peu narcotique. Le fait suivant est de nature à attirer l'attention sur la tanaisie, sous le point de vue auquel nous venons de faire allusion.

Le docteur Pendleton fut appelé auprès d'une négresse, âgée de vingt et un ans, qui, deux heures auparavant, avait ingéré une quantité considérable d'une forte décoction de tanaisie, dans l'intention de se faire avorter. Il lui trouva le pouls augmenté de volume, mais un peu lent. Indifférence et incohérence dans les réponses, contraction des pupilles, fixité remarquable des traits, refroidissement général de la peau : tels furent, entre autres, les symptômes observés. La cause de ces accidents échappant alors au médecin, le traitement ne put être institué suivant un plan déterminé; quatre heures après, la malade était tombée dans le coma, et il y avait une paralysie générale des muscles du mouvement volontaire et de la déglutition. La gorge et le larynx étaient obstrués par une grande quantité de mucus. A ce moment il y eut des efforts spontanés de vomissement qui furent favorisés au moyen de l'ipécacuanha et de l'eau tiède, et la décoction de tanaisie fut rejetée abondamment. Mais cette évacuation arriva trop tard, et l'infortunée jeune fille succombait vingt six heures après l'ingestion du poison. Les battements du cœur diminuèrent graduellement de fréquence jusqu'à la mort, sans qu'aucun stimulant pût parvenir à relever la circulation. Il n'y eut pas de contractions utérines, non plus qu'aucun mouvement spasmodique ou convulsif, quoique ces symptômes se soient montrés d'une façon bien marquée dans d'autres cas d'empoisonnement par l'huile essentielle de tanaisie. (*Amer. med. Times*, n° *XI*, et *med. Times and gaz.*, 15 avril 1861.)

Tumeur maligne de la langue. *Guérison par le chlorure d'or.* Un enfant de huit ans, d'une complexion délicate, pâle, étiolé, chlorotique, portait depuis quinze à dix-huit mois une tumeur sur la face dorsale de la partie latérale moyenne de la langue. Cette tumeur, de la grosseur d'une noix, d'aspect bleuâtre, de consistance spongieuse, bosselée, présentait à son sommet une ulcération fongueuse. Toute l'épaisseur de la moitié de la langue était envahie. La parole et la déglutition étaient difficiles; salivation fétide, continuelle. Les ganglions sous-maxillaires gonflés et douloureux. C'est dans ces conditions que l'enfant fut présenté, le 7 mai dernier, à M. le docteur E. Biéchy. Diverses médications avaient déjà été essayées sans résultat : mercuriaux, préparation iodo-potassique, cautérisation, etc., le tout sans résultat; le mal continuait sa marche progressive, et dans les derniers temps l'opération sanglante avait paru indispensable pour conjurer les conséquences de cette redoutable affection. Se rappelant alors que, dans une occurrence semblable, le chlorure d'or s'était montré d'une efficacité souveraine, M. Biéchy prescrivit ce sel *intus* et *extra*. Le remède fut donné intérieurement, à la dose de 0,01, matin et soir, dissous au moment de l'administrer dans un peu d'eau distillée; localement, il fut appliqué tous les deux ou trois jours, à l'aide d'un pinceau, également dissous dans l'eau distillée. Régime général : diète blanche, abstinence de vin, bains tièdes réitérés. En six semaines de ce traitement, la masse squirrhiforme de la langue s'est affaissée, dissipée, l'ulcération cicatrisée et toute trace de l'affection a disparu, l'organe ayant recouvré l'intégrité de sa fonction. Enfin l'amélioration survenue dans l'état de la santé générale faisait également espérer, à cette époque, que la guérison, qui était complète depuis un mois, sera durable.

Ce fait témoigne à la fois et de l'importance de la médication interne, même alors que le mal semblait au

premier aspect ne plus offrir de ressources que dans l'opération, et de l'utilité des moyens hygiéniques comme adjuvants de la médication. Quant au chlorure d'or, est-ce comme résolutif, comme contro-stimulant ou comme spécifique qu'il a agi dans cette circonstance? On serait sans doute porté, en raison de l'adage: *naturam morborum ostendit curatio,* à pencher vers cette dernière interprétation. Mais outre que rien dans les antécédents ne paraissait faire soupçonner une origine spécifique à la maladie, on a dû remarquer que les mercuriaux et les préparations iodo-potassiques étaient restés sans effet, ce qui tend à faire éloigner l'idée de la spécificité.

Quoi qu'il en soit de la véritable nature du mal, l'efficacité du chlorure d'or ressort de ce fait d'une manière trop manifeste pour qu'il n'y ait pas lieu de le signaler à l'attention de nos lecteurs. (*Gaz. méd. de Strasbourg,* août 1861.)

VARIÉTÉS.

Le professeur Cusack, chirurgien éminent de Dublin, est mort dans cette ville le 25 septembre dernier, à l'âge de soixante-treize ans.

On lit dans la *Correspondancia* de Madrid, du 5 octobre: « Il paraît que lorsque S. M. la reine, dans un moment d'affliction et de chagrin, eut fait part aux médecins de la cour de l'intention qu'elle avait de faire traiter sa fille par la méthode homœopathique, M. Corral, son premier médecin, a renoncé immédiatement à ses fonctions et a déposé sa démission entre les mains du duc de Bailen. M. Drument s'est retiré naturellement avec son collègue, mais on n'a pas dit qu'il ait résigné ses fonctions. Telles sont les nouvelles de la *Epoca* de ce soir.»

L'administration de l'Assistance publique a, dans les deux hospices de Bicêtre et de la Salpêtrière, des écoles consacrées aux enfants épileptiques ou atteints d'idiotisme dans une certaine mesure. L'instruction primaire qu'on y donne et qui comprend la lecture, l'écriture, le calcul, quelques éléments d'histoire, la gymnastique, le chant, les ouvrages à l'aiguille pour les filles, est pour les écoliers un mode de traitement très-efficace. La distribution des prix pour l'année scolaire 1860-1861 a eu lieu dernièrement dans les deux établissements, sous la présidence de M. le directeur de l'Assistance publique, qui a voulu témoigner ainsi de tout l'intérêt qu'il porte à ces pauvres enfants.

Association générale des médecins de France. — L'assemblée générale de la Société aura lieu le dimanche 27 octobre prochain, à deux heures précises, dans l'amphithéâtre de l'administration de l'assistance publique, avenue Victoria. Cette séance sera suivie d'un banquet offert par le Conseil général et les membres de la Société centrale, à MM. les présidents et délégués des Sociétés locales des départements. Sont nommés directeurs-médecins d'asiles d'aliénés: MM. Renaudin, à Dijon; Poret, à Auxerre; Lemenant des Chenais, à Rennes. En considération des soins distingués donnés à de hauts membres de sa famille par le docteur Otterbourg, la reine d'Espagne vient de lui faire remettre les insignes de l'ordre royal de Charles III.

Erratum. — Dans l'article de M. Stanislas Martin sur la composition chimique des coques de cacao, publié dans notre avant-dernière livraison, dans l'analyse de cette substance, on a imprimé *alumine* au lieu de *albumine.*

Pour les articles non signés. F. DEBOUT.

THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE.

Du zona et de son traitement, notamment par les vésicatoires.

Par M. le professeur Forget (de Strasbourg).

De toutes les maladies ordinaires de la peau, le zona est certainement la plus singulière, ne fût-ce que par cette délimitation à la ligne médiane qui n'appartient qu'à lui. Mais, en outre, le zona est quelquefois précédé et souvent suivi d'une douleur comme névralgique qui lui est particulière et qui constitue l'élément le plus grave de cette affection.

Néanmoins, en tant qu'éruption, le zona est généralement assez bénin et parcourt régulièrement ses périodes dans l'espace d'un à deux septénaires. Sous ce rapport, il appartient à cette catégorie, plus nombreuse qu'on ne pense, d'affections qui se résolvent spontanément, qui ne réclament, d'ordinaire, aucun traitement actif, et qui, se terminant d'une manière presque toujours heureuse, donnent beau jeu à toutes les inventions de remèdes d'une efficacité plus que douteuse, lors même qu'ils ne créent pas de fâcheuses complications, nonobstant lesquelles, pourtant, le mal se résout favorablement.

La thérapeutique du zona (ou mieux hémizona) est donc des plus simples. Lorsque l'éruption se produit, il n'y a rien à faire que de couvrir la partie avec un linge de toile doux et sec, de manière à empêcher le contact immédiat et le frottement des vêtements de laine ou de coton. En effet, sachant que l'éruption doit parcourir spontanément et bénignement ses périodes, il suffit d'éloigner les causes irritantes et d'empêcher la rupture des pustules qui pourraient dégénérer en ulcérations. Ajoutez à cela le repos et un régime léger, dans la grande majorité des cas, l'affection se résoudra *citò*, *tutò* et *jucunde*.

Sauf, bien entendu, les indications accidentelles et accessoires. Ainsi, lorsque l'inflammation de la peau est vive et douloureuse, il pourra convenir de faire des embrocations d'huile d'olives, qui équivaut à tous les autres topiques gras, y compris la glycérine. Si la douleur est vive, on usera de l'huile opiacée, préférable à l'huile de jusquiame. Mais les topiques humides ont l'inconvénient de favoriser la rupture des pustules. La poudre d'amidon ou de riz est plus convenable, surtout lorsqu'il y a suintement des surfaces. Si l'ul-

cération s'établit, on la combattra par les applications de cérat simple ou opiacé, par les cautérisations de nitrate d'argent, etc.

Ce que nous avons dit de la solution spontanée de l'éruption réduit à leur juste valeur les méthodes dites abortives, qui nous paraissent avoir des inconvénients et fort peu d'avantages. Ouvrir les pustules pour les cautériser avec le nitrate d'argent réalise l'accident que l'on cherche le plus à éviter, la rupture des pustules, et allonge plus souvent qu'il n'abrége la durée du mal. Les applications de collodion sont douloureuses, irritent la peau et souvent rompent les pustules. La glycérine amollit l'épiderme et favorise également l'ouverture des pustules, etc.

Si le malade est jeune et vigoureux, l'affection récente, l'inflammation vive, et surtout s'il y a fièvre, les évacuations sanguines peuvent être indiquées.

Reste ce singulier et parfois très-grave élément, la douleur comme névralgique survivant à la desquammation ; l'expérience a démontré que le vésicatoire, comme substitutif ou perturbateur, est le meilleur moyen de combattre ce genre de douleur.

Mais dernièrement on a prêté au vésicatoire la propriété de modifier avantageusement l'éruption elle-même. On lit dans l'Union médicale du 17 janvier 1861 une observation de zona traité avantageusement par le vésicatoire. Ce fait me rappelle une couple d'autres zonas où le vésicatoire joue un rôle assez remarquable et qui contiennent certains enseignements de quelque importance.

Obs. I. *Eruption de zona paraissant déterminée par l'application d'un vésicatoire. — Douleur persistant indéfiniment et conduisant au suicide.* — Il y a une quinzaine d'années, je fus appelé par le colonel R***, directeur de la fonderie des canons à Strasbourg. Il me raconta qu'éprouvant une douleur assez forte au côté droit du thorax, il s'en plaignit à son médecin ordinaire, qui lui prescrivit un vésicatoire *loco dolenti*. La douleur devint plus vive, et à la levée du vésicatoire on découvrit une éruption développée dans le champ même de l'emplâtre et aux alentours. Le malade furieux contre son médecin, l'accusait d'ignorance, de barbarie, prétendant que le vésicatoire était la cause de cette malencontreuse éruption, que je reconnus être un zona en voie de développement. Le malade affirme que la peau était parfaitement saine avant l'application du vésicatoire.

J'eus beau représenter au patient que le vésicatoire ne produit pas d'éruption de cette nature, — que la douleur indiquait l'application d'un vésicatoire, — que rien ne pouvait faire prévoir l'apparition d'un zona, — que le vésicatoire était lui-même un remède du zona, — que probablement il faudrait y recourir de nouveau, etc. Le malade persista dans son animosité, le médecin fut congédié et je

fus obligé, à mon grand regret, de prendre sa place. Ceci est un échantillon des procédés du public envers les médecins, et je crois pouvoir ajouter, sans trop de médisance, que bien des confrères eussent abondé dans le sens du malade.

Convaincu dès lors que le zona parcourt spontanément ses périodes et que toutes les médications actives sont illusoires, je me bornai à l'application d'un linge fin légèrement enduit de cérat opiacé et à l'administration de quelques sédatifs. Au bout de huit ou dix jours, la dessiccation était complète. Mais, comme il arrive trop souvent, la douleur survécut à l'éruption. Je mis successivement et vainement en usage les topiques émollients et sédatifs, le vésicatoire lui-même, saupoudré, plus tard, d'un sel de morphine; les bains amidonés, alcalins, sulfureux, etc. La douleur persista, vive, incessante, assombrissant le caractère du malade naturellement mélancolique. Après plusieurs mois de ces traitements superflus, le colonel obtint son changement pour Toulouse. J'ai su depuis que nos confrères du midi me furent pas plus heureux que moi et que, las de souffrir, enclin d'ailleurs au suicide par le fait de son humeur atrabilaire, le pauvre malade s'était brûlé la cervelle.

Obs. II. *Maladie du cœur. — Anasarque. — Douleurs thoraciques. — Vésicatoires volants. — Zona. — Guérison franche.* — En octobre 1860, je fus appelé en consultation auprès de M. N***, affecté depuis longtemps de dyspnée avec palpitations, infiltration générale, etc. Depuis plusieurs jours, le malade éprouvait des points douloureux dans le thorax, et l'auscultation ayant fait constater un épanchement dans la plèvre droite, on peut supposer que les douleurs étaient occasionnées par des points pleurétiques, et plusieurs vésicatoires furent successivement appliqués à la périphérie du thorax, sans autre résultat que la vésication. Quelques jours après la consultation, un nouveau point douloureux paraissant indiquer un nouveau vésicatoire, le médecin ordinaire voulut examiner à nu les parties sensibles et fut assez surpris de découvrir une éruption de zona occupant la demi-circonférence du thorax, à droite. Les pustules occupaient l'emplacement des vésicatoires antérieurs aussi bien que la peau saine. Nous laissâmes marcher cette éruption en la recouvrant simplement d'un linge sec, pour éviter le frottement du gilet de flanelle; en huit jours l'éruption fut desséchée, et ne fut pas suivie de cette période douloureuse particulière au zona. Du reste, l'état général du malade, qui était considérablement amélioré au moment de l'éruption, ne fut pas sensiblement modifié par celle-ci.

De ces faits et de beaucoup d'autres relevant de ma pratique personnelle, il résulte :

1° Que le vésicatoire n'empêche pas l'éruption du zona, quelque rationnel que soit, d'ailleurs, ce moyen substitutif ou perturbateur ;

2° Qu'impuissant quelquefois à faire cesser la douleur consécu-

tive au zona, le vésicatoire n'en est pas moins un des meilleurs moyens de conjurer cet accident;

3° Que, comme moyen abortif de l'éruption, le vésicatoire pourrait bien être une illusion, aussi bien que les autres modificateurs (nitrate d'argent, collodion, glycérine, etc.); et que le zona parcourant régulièrement les périodes dans un temps assez court, il y a, dans tous les cas, peu à gagner dans l'emploi de ces prétendus remèdes : *possunt quia posse videntur*;

4° Que, d'ailleurs, le vésicatoire est un moyen banal, qui n'aurait rien ici de spécifique, car il est employé dans tous les genres de douleur et dans bon nombre d'affections cutanées aiguës et chroniques.

5° Que, finalement, quels que soient les caractères spécifiques de cette singulière affection, le traitement du zona ne comporte rien de spécifique et consiste, premièrement, à laisser marcher l'éruption; secondement, à combattre les accidents qui peuvent se produire, comme on le fait dans tant d'autres éruptions : érysipèle, rougeole, scarlatine, variole, etc.

Considérations sommaires sur l'érysipèle et son traitement.

Par M. le docteur MARROTTE, médecin de l'hôpital de la Pitié ([1]).

De l'érysipèle d'origine septique. — Les fièvres éphémère et synoque ne dépouillent jamais leur nature bénigne qui se reflète sur l'érysipèle épiphénoménique. Les fièvres gastriques et catarrhales peuvent, au contraire, prendre les caractères de la fièvre dite *nerveuse* par les auteurs des siècles derniers, c'est-à-dire présenter, à un moment donné, des symptômes d'ataxie ou d'adynamie, constituant ainsi des espèces d'érysipèle malin. Des conditions individuelles, telles que la vieillesse, l'épuisement par des causes physiques ou morales, sont quelquefois la cause de la malignité; d'autres fois, c'est ce quelque chose de mal déterminé ou d'inconnu, qu'on appelle la constitution médicale et l'épidémie. Mais une des causes qui y contribue le plus, quoiqu'on ne la soupçonne pas assez souvent, ce sont les miasmes putrides de tous genres et en particulier ceux qu'engendre l'encombrement; non-seulement ils donnent à l'érysipèle, comme aux autres maladies, les caractères de la malignité, et spécialement de celle que les anciens désignaient sous le nom de *putridité*, mais ils lui communiquent des propriétés contagieuses.

([1]) Suite et fin. — Voir la livraison précédente, p. 207.

Je ne sais si les causes de la fièvre typhoïde et le typhus peuvent donner lieu à des érysipèles de ce genre sans déterminer la série de leurs symptômes spéciaux : c'est un point sur lequel mon attention ne s'est pas fixée ; mais des travaux publiés il y a déjà quelques années tendent à établir un rapport de causalité entre l'érysipèle des nouveau-nés et les épidémies de typhus puerpéral. Cette opinion vient d'être corroborée par un travail des plus intéressants, publié dans les numéros 103 et 108, septembre 1861, de l'Union médicale, par M. Pihan-Dufrillay, et emprunté à la clinique de notre collègue Hardy. Il est difficile, en effet, de ne pas admettre l'identité étiologique entre les deux affections en voyant des femmes, atteintes d'affections légères de la peau, contracter des érysipèles graves, trois ou quatre jours après leur entrée dans une salle que l'on venait d'évacuer, parce qu'il y régnait une épidémie de fièvre puerpérale ; surtout lorsque, les symptômes généraux étant les mêmes, les deux maladies ne différaient que par le siége et l'apparence phénoménale de la lésion, qui devait seule aussi établir une différence dans le pronostic.

Je doute qu'au lit du malade le partisan le plus déterminé de l'existence essentielle de l'érysipèle ait refusé de faire le traitement de la fièvre puerpérale, approprié, cela va sans dire, à l'épidémie.

§. Le moment est venu de dire un mot des érysipèles qu'on observe dans les salles de chirurgie.

Qu'entend-on par érysipèle *traumatique?* Y a-t-il une affection qui mérite cette qualification ?

J'ai vu, j'ai lu, j'ai interrogé, j'ai réfléchi, et je suis arrivé à cette conviction, que ceux qui admettaient un érysipèle spécial attaquant les blessés étaient dupes d'un mot, dupes du milieu dans lequel ils avaient observé. Prenons pour exemple Bonnet (de Lyon), celui de tous les chirurgiens contemporains dont les convictions paraissent le mieux arrêtées, et qui est entré dans les plus grands développements au sujet de cette prétendue maladie spéciale. Voici ce qu'il a écrit en substance dans le *Bulletin de Thérapeutique*, t. XXXIV, p. 125 :

« L'érysipèle traumatique est celui qui a pour point de départ une solution de continuité, mais il envahit quelquefois, dans sa marche progressive, toute l'enveloppe cutanée. Une disposition intérieure est, sans doute, nécessaire à son développement ; mais un caractère commun ne doit pas suffire pour le faire confondre avec l'érysipèle simple. »

On ne peut établir aucun rapport entre celui-ci et l'inflammation

des vaisseaux lymphatiques ; il n'en est pas de même de l'érysipèle traumatique.

Dans l'érysipèle spontané, la partie malade se confond insensiblement avec la partie saine et le mal s'arrête, en général, au point où il s'est développé primitivement. Dans l'érysipèle traumatique, au contraire, une élévation rouge, une démarcation tranchée séparent la peau érysipélateuse de la peau saine, et la maladie gagne les parties saines de proche en proche, à de grandes distances. Il s'accompagne souvent de gangrène.

Quoi, les vaisseaux lymphatiques ne sont jamais pris dans l'érysipèle de cause interne ! Il n'est jamais séparé de la peau saine par une élévation rouge et tranchée. Il n'a jamais une marche *ambulante !* Il ne se termine jamais par gangrène ! Et cette disposition intérieure, nécessaire au développement de l'érysipèle traumatique comme à celui de l'érysipèle spontané, qu'est-elle ? Rien. J'avais toujours cru qu'un caractère commun aussi important qu'une disposition intérieure, nécessaire à la production de deux maladies, devait suffire pour les rapprocher et pour les confondre ; mais je m'étais trompé : une simple solution de continuité, voilà une circonstance d'une bien autre valeur.

En lisant de pareilles énormités, on se demande si le chirurgien de Lyon a jamais vu des érysipèles de cause interne.

Qu'est-ce donc que le traumatisme ? Qu'y a-t-il donc de spécial dans son action et dans ses conséquences, s'il n'existe pas de prédisposition constitutionnelle innée ou acquise (scrofule, cancer, scorbut), s'il n'existe pas de causes générales susceptibles de modifier profondément l'organisme (constitutions médicales, miasmes) ? Les maladies qu'il a le pouvoir de déterminer à lui seul sont des affections saines, capables de tuer par leur intensité et non par leur nature.

Il ne peut jouer et n'a jamais joué que le rôle d'agent provocateur. Qu'on explique donc par le traumatisme ces hémorrhagies périodiques observées à la suite des amputations, que Lordat avait signalées et sur lesquelles M. Bouisson a, de nouveau, attiré l'attention.

Lorsque les plaies et les autres maladies chirurgicales se compliquent d'érysipèles, on en observe toujours en même temps dans les salles de médecine. Des deux côtés, ils se ressemblent par leurs caractères, par leur bénignité ou leur malignité, ce qui est, sans contredit, la preuve d'une influence étiologique commune ; s'il y a quelques différences, elles s'expliquent facilement. Le traumatisme peut rendre les érysipèles plus fréquents en chirurgie, en provo-

quant sur la peau une manifestation qui n'eût pas existé, ou à laquelle la constitution médicale eût donné une autre forme, si elle n'avait pas été provoquée ou si elle eût subi une autre impulsion. La coïncidence des fièvres puerpérales et des érysipèles dits *traumatiques* en est un exemple. L'encombrement, les miasmes qui s'échappent des plaies, peuvent empoisonner l'organisme et donner aux érysipèles épidémiques survenus chez les blessés une gravité qu'ils ne présentent pas chez les malades de médecine, placés dans des conditions plus favorables, mais le traumatisme n'agit alors que d'une manière indirecte.

Celui qui considère ainsi les faits dans leur vérité n'ira pas chercher le remède dans un moyen topique, comme le fait Bonnet. Guidé par des idées plus générales et plus saines, c'est par les moyens de l'hygiène, par la méthode appropriée à chaque espèce d'érysipèle, qu'il combattra le mal et parviendra souvent à en triompher. Aérer les salles, disperser les malades, les nourrir à point et avec juste mesure, traiter la fièvre épidémique, sont des moyens bien autrement efficaces que la cautérisation au fer rouge.

Les érysipèles observés en chirurgie ne constituent souvent même pas une complication, mais une simple coïncidence ; la lésion ne détermine pas toujours le siége de l'érysipèle. Comment rattacher à une plaie du bras ou à une tumeur blanche du genou un érysipèle qui siége à la face et y accomplit régulièrement ses périodes ? Les livres de chirurgie contiennent des exemples de ce genre.

Lorsque l'érysipèle siége près de la plaie, il n'en est pas toujours dépendant pour cela. Le fait suivant m'en paraît une preuve des plus convaincantes, en même temps qu'un bel exemple de fièvre éphémère érysipélateuse.

Une dame de trente et quelques années portait une tumeur adénoïde très-douloureuse au sein droit. La tumeur est enlevée ; la fièvre traumatique est à peu près nulle ; la suppuration s'établit régulièrement ; la malade boit, mange et dort, ne se plaignant que de la gêne locale inséparable de la plaie. Le douzième jour qui suit l'opération, en pleine santé et sans période prodromique, un frisson intense se déclare sur les cinq heures du soir et dure deux heures ; un mouvement fébrile assez intense lui succède et persiste toute la nuit, suivi bientôt de l'apparition d'un érysipèle.

Le lendemain, sur les onze heures, la malade me communique les craintes du chirurgien et les siennes, et me montre une plaque érysipélateuse de la largeur de la paume de la main, développée sur le sein opéré, à un centimètre au-dessus de la lèvre supérieure de

la plaie. Je la rassurai et lui affirmai qu'il n'y avait aucun rapport entre son opération et les accidents actuels. J'allai plus loin et lui prédis que dès le lendemain l'exanthème aurait disparu.

La rougeur agréable de la plaque, *læte rubens*, l'aspect de la plaie et la suppuration aussi satisfaisants que les jours précédents, ne pouvaient appartenir à un érysipèle grave, malgré l'intensité du frisson et de la fièvre, qui s'étaient déclarés, mais sans prodrome. Il n'y avait eu ni chaleur mordicante, ni sécheresse de la peau, ni soif ardente ; loin de là, je trouvais la malade couverte d'une sueur chaude et universelle, avec un pouls large, mou, ondulant. Je voyais poindre enfin, à la lèvre supérieure, plusieurs plaques d'herpès qui ne permettaient aucun doute sur l'existence éphémère de la maladie. J'avais affaire à une fièvre éphémère érysipélateuse, c'est-à-dire à une maladie superficielle fugitive, que personne ne sera tenté de rattacher à la plaie, surtout à une époque aussi avancée de la fièvre traumatique.

On retrouve, parmi les histoires d'érysipèles dits *traumatiques*, toutes les formes de l'érysipèle spontané. Je pourrais donner des exemples de fièvre synoque, comme j'en ai donné de fièvre éphémère. Tout le monde connaît les formes inflammatoire et bilieuse ; l'emploi fréquent que les chirurgiens font de la saignée et de l'émétique prouve qu'eux-mêmes obéissent à des idées de ce genre. Une indication qu'ils méconnaissent plus fréquemment, c'est la périodicité, si familière à la fièvre catarrhale.

Je me rappellerai toujours un fait qui s'est passé dans la clientèle de mon bien regretté maître, M. Honoré.

Une dame portait plusieurs loupes volumineuses sur le cuir chevelu ; l'une d'elles fut enlevée sans accident ; aussi le chirurgien, d'accord avec la malade, se proposait-il d'enlever les autres à quelques semaines de distance. M. Honoré s'y opposa, parce qu'il régnait une épidémie d'érysipèle ; on passa outre, sans l'avertir.

Le lendemain de l'opération, un érysipèle du cuir chevelu se déclara, accompagné de symptômes intenses. La malade étant mieux le lendemain, on se rassura. Le soir et la nuit suivante, symptômes plus intenses que la veille, en dépit des saignées et des purgatifs; mieux marqué le matin. Le troisième jour, dans la soirée, les accidents acquièrent une gravité qui frappe les moins clairvoyants. M. Honoré est enfin appelé ; il trouve la malade en délire, couverte de sueur froide ; le pouls fréquent, filiforme ; tuée, en un mot, par le troisième accès d'une fièvre érysipélateuse ; avec des idées

plus saines on eût reconnu la périodicité et administré le sulfate de quinine, sans s'inquiéter du traumatisme.

II. L'étude de l'érysipèle resterait incomplète, au point de vue thérapeutique, si nous nous contentions de le considérer d'une manière générale, comme simple épiphénomène d'une maladie fébrile à laquelle il est entièrement subordonné; car, dans ces maladies elles-mêmes, il se présente avec des circonstances importantes à considérer au point de vue du pronostic et du traitement.

Déjà nous avons vu, dans quelques-unes des fièvres que nous avons passées en revue, son apparition coïncider avec la diminution ou la suspension d'un symptôme habituel de la maladie principale, qu'il remplace sous une autre forme et par une sorte de métastase. C'est ainsi que, dans la fièvre gastrique, on le voit souvent apparaître après la disparition spontanée ou artificielle de la diarrhée. La suppression de la sueur peut avoir le même résultat dans la fièvre catarrhale. De là découle l'indication de rétablir, s'il est possible, les flux supprimés, que j'appellerai volontiers normaux, et qui n'ont pas les conséquences que l'exanthème entraîne quelquefois à sa suite.

J.-P. Frank pensait que l'apparition de l'exanthème dans le cours d'une autre maladie constitue un simple changement de siége : « Sed frequentius felicem potius ex parte nobiliori ad minus « nobilem ejusdem morbi conversionem exhibere videtur. » Il cite à ce propos l'exemple d'un malade délivré de symptômes cérébraux graves par le développement d'un érysipèle de la face. J'ai observé moi-même un vieillard que je croyais atteint d'une encéphalite diffuse, que je traitais comme tel, et chez lequel les symptômes cérébraux disparurent comme chez le malade de Frank, au moment où un érysipèle se développa autour de piqûres de sangsues appliquées à la base du crâne. Dans le *Bulletin de Thérapeutique*, t. XXXIII, on voit un délire maniaque survenir après la délitescence d'un érysipèle de la face et disparaître à la réapparition de ce même érysipèle.

Ce dernier fait nous présente la question des métastases érysipélateuses sous son double aspect; nous y voyons l'influence réciproque qu'exercent les unes sur les autres les localisations viscérales et la localisation cutanée.

Ce n'est pas ici le lieu de scruter l'essence de l'érysipèle, de rechercher si, dans les cas de ce genre, la nature de la maladie reste la même, la forme seule changeant suivant le siége et les éléments anatomiques; si, en un mot, les anciens avaient raison d'admettre

des érysipèles occupant les organes intérieurs les plus nobles, tels que le foie, le cerveau, le poumon, la vessie, les intestins. La corrélation évidente qui existe entre les deux ordres de faits, leur influence réciproque suffisent pour condamner toutes les pratiques qui tendent à supprimer toujours et quand même les manifestations érysipélateuses, et en particulier ceux des moyens topiques qui ont une efficacité réelle sur la manifestation cutanée.

Il y a douze ou treize ans, notre collègue Horteloup nous a cité, à la Société du 2me arrondissement, des cas malheureux où la poussée exanthématique ainsi réprimée avait sévi sur le tissu cellulaire sous-cutané ou sur les viscères voisins ; des suppurations diffuses du dos, des méningites suppurées avaient suivi l'emploi du collodion dans des érysipèles du tronc et de la face et avaient amené la mort.

Ces réflexions s'appliquent également aux exemples assez nombreux que renferment les annales de la science, et dans lesquels l'érysipèle semble jouer le rôle d'une crise, puisque avec son apparition coïncide l'amélioration et même la guérison d'un état pathologique antérieur. J.-P. Frank a signalé des faits de ce genre : « Hoc ipso quo scribimus anno, in mediolanensi nosocomio plures « ex febre gastrico-nervosa decumbentes, erysipelate ad faciem de- « cumbente, sanatos fuisse comperimus. » L'érysipèle a joué plus d'une fois ce rôle dans la fièvre typhoïde.

Certains faits tendent à prouver que l'érysipèle ne juge pas seulement des maladies aiguës et confirmées, mais aussi certains états valétudinaires, mal déterminés, comme cela s'observe après les furoncles : ils remplacent quelquefois avec avantage des manifestations diathésiques chroniques plus pénibles ou plus graves. « Ab « erysipelate in cute apparente, in primis habituali, graviores inter- « dum atque chronici adeo affectus, uti asthma convulsivum, do- « lores varii ac obstructiones viscerum dissipari observantur. » (J.-P. Frank, t. III, p. 36.)

M. Dehout nous a fourni l'exemple non moins curieux d'une maladie chronique, d'une gastralgie qui n'a plus reparu après un érysipèle de la face (*Bull. de Thérapeutique*, t. XXXV). Ici encore la thérapeutique répressive serait condamnable.

Ce serait encore faire de la médecine à courte vue que de prendre la manifestation cutanée seule en considération dans l'espèce que J.-P. Frank appelle *habituel*, *erysipelas habituale*, lequel se rattache à la suppression du flux menstruel ou hémorrhoïdal et reparaît aux époques où ces hémorrhagies avaient l'habitude de se

manifester. Dans la même catégorie se rangent les érysipèles, si fréquents chez certains individus entachés de diathèse scrofuleuse, dartreuse ou goutteuse. Nous avons déjà apporté à l'appui le témoignage de Frank.

Supprimer la manifestation cutanée, sans rétablir la fonction physiologique ou pathologique, sans combattre la diathèse et lui créer une autre localisation moins incommode, mais également sans danger : c'est s'exposer à tenter des efforts inutiles contre la nature, plus sage que le médecin; c'est s'exposer, avant tout, à rappeler ou à provoquer des affections viscérales supplémentaires.

Il faut louer par contre les médications qui tendent à fixer la fluxion, à la circonscrire, à l'immobiliser sur la peau, tels que le vésicatoire, le fer rouge, l'huile de croton, etc., lorsque l'exanthème tend à envahir les muqueuses, ou lorsque sa mobilité fait craindre une métastase; à l'y rappeler lorsqu'il a déjà envahi des parties profondes et plus importantes.

Cette étude nous a conduit bien loin de la recherche des spécifiques. Existe-t-il des substances qui méritent ce nom? Le perchlorure de fer préconisé par les uns, l'aconit vanté par les autres, en remplissent-ils les conditions? Ce sont là choses encore loin d'être démontrées. En tout cas, les spécifiques ne pourraient pas plus se soustraire aux lois générales de la thérapeutique que le quinquina ou le mercure, c'est-à-dire que comme eux ils ne devraient être employés et n'agiraient qu'à la condition de remplir les autres indications; sous ce rapport, notre travail aurait encore une utilité incontestable.

III. Il nous reste à examiner l'érysipèle à son point de vue le moins intéressant, c'est-à-diro comme affection locale.

Nous ne connaissons pas les conditions intimes qui donnent à l'érysipèle ses caractères spécifiques; qui font de cet exanthème une phlogose superficielle, s'étendant de proche en proche sur le tégument cutané ou muqueux, et présentant plus facilement que toute autre le phénomène connu sous le nom de *métastase*. Tout notre savoir se déduit de l'observation.

Or, la première chose que celle-ci nous enseigne, c'est que les caractères spécifiques de l'érysipèle ne sont pas aussi absolus, aussi radicaux que le disent les auteurs de pathologie. Ils sont susceptibles de modes et de degrés qui font, des extrémités de l'échelle, des affections toutes différentes.

La seconde, c'est le rapport qui existe entre ces degrés et ces

modes de l'affection locale et la nature bénigne ou maligne, la marche régulière ou atonique, continue, rémittente ou intermittente de la fièvre cardinale, ainsi que je l'ai déjà dit.

L'érysipèle de la fièvre éphémère est borné et de plein jet; celui de la synoque ne dépasse jamais la face et le cuir chevelu; il peut s'étendre, au contraire, se promener même quelquefois sur toute la surface cutanée, dans les fièvres gastriques ou catarrhales malignes et dans les fièvres putrides. Il n'abandonne jamais la peau dans les deux premiers, tandis que dans les autres, chez certains sujets et surtout dans certaines épidémies, il acquiert une mobilité surprenante. De sorte que, parmi les indications propres à combattre les tendances spéciales de l'érysipèle, les principales se tirent encore de la fièvre. Les autres leur sont communes avec toutes les affections métastatiques ou critiques, et sont fondées sur les lois de la révulsion et de la dérivation; car nous avons démontré plus haut que les tentatives faites pour supprimer la lésion locale ont donné des résultats contradictoires. Lorsqu'elles ont paru réussir, elles s'étaient adressées aux espèces bénignes; dans les autres cas, elles avaient eu des résultats nuls ou avortés; ou bien, au contraire, les résultats fâcheux, sur lesquels nous avons déjà insisté.

Le seul élément par lequel l'érysipèle puisse et doive être atteint comme maladie locale est l'élément inflammatoire. Comme tel, il produit un malaise local plus ou moins pénible; il peut donner lieu à une fièvre symptomatique qui s'ajoute à la fièvre essentielle; comme tel enfin, il peut se terminer par excoriation, par suppuration, par gangrène. D'autres fois, la phlogose érysipélateuse laisse à sa suite une infiltration œdémateuse des tissus, de l'induration même, lorsqu'elle se répète sur la même région, comme cela a lieu dans l'érysipèle habituel. Ainsi se trouve compris et réglé l'emploi de l'axonge, du liniment oléo-calcaire, de l'amidon, des fomentations d'infusion de fleurs de sureau, etc. Ainsi l'emploi de l'instrument tranchant, lorsqu'il y a des abcès; des fomentations de vin aromatique, de décoction de quinquina, de camphre, lorsque l'inflammation locale a besoin d'être stimulée ou tend à la gangrène. L'œdème, l'induration justifieront l'emploi des onctions mercurielles. Si la terminaison par gangrène menaçait de résultats plus graves, en devenant par elle-même un foyer d'infection; si la malignité de la fièvre transformait en un ichor putride la sécrétion purulente des plaies, c'est alors qu'on pourrait cautériser au fer rouge, comme le proposait Bonnet (de Lyon).

Enfin, dans quelques cas exceptionnels, la phlogose érysipélateuse

a des résultats locaux favorables ; elle joue le rôle d'agent substituteur, lorsqu'elle siége sur des tissus atteints d'une affection chronique. On observe souvent cet heureux résultat chez les scrofuleux atteints de lupus. Dans ces circonstances, toute médication topique abortive serait un non-sens.

Des considérations précédentes, je conclus que, dans l'état actuel de la science, les indications fondamentales du traitement de l'érysipèle se tirent des circonstances générales au milieu desquelles il se développe et dont il dépend, et qu'on ne pourra déterminer la valeur des agents généraux et locaux destinés à le combattre, à quelque point de vue qu'on les envisage, sans spécifier au préalable les indications, c'est-à-dire la base de toute thérapeutique rationnelle.

THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE.

De la contracture spasmodique de l'orbiculaire des paupières et de son traitement par l'incision du muscle et le bordage des paupières.

Par M. Gust. Nivert, interne des hôpitaux.

MM. Debout et Michon, dans les dernières livraisons du *Bulletin de Thérapeutique*, sont venus appeler l'attention des praticiens sur la contracture spasmodique du sphincter vaginal. Je vais signaler à mon tour une affection de même nature, et qui n'est guère mieux connue ; la contracture spasmodique de l'orbiculaire des paupières, dont j'ai eu l'occasion de voir plusieurs exemples dans le service de mon maître, M. Richet.

Je ne crois pas devoir faire remonter mes recherches historiques sur cette affection à une époque antérieure à Boyer, puisque, ainsi que M. Debout l'a fait remarquer avec raison, même la plus fréquente et la plus tranchée de toutes ces contractures, celle de l'anus, n'avait pas été entrevue avant ce grand chirurgien. Il en a été de même pour la contracture spasmodique de l'orbiculaire des paupières, dont je vais aborder tout spécialement l'étude pathologique, et le traitement par l'incision des divers faisceaux du muscle et par l'autoplastie par bordage employées par M. Richet.

Dans son traité des maladies chirurgicales, Boyer mentionne le spasme de l'orbiculaire ; « il serait produit par une substance âcre ou un corps irritant, par un spasme chronique, ou serait un symptôme de quelques maladies nerveuses. » mais Boyer ne parle pas

de ce blépharospasme qui survient à la suite des vieilles ophthalmies, des gerçures ou des excorations du bord libre des paupières, ou du grand angle de l'œil. Quant à nos auteurs classiques plus récents, ils gardent un silence complet à cet égard. M. Nélaton dit quelques mots du blépharophimosis, mais il ne s'étend ni sur les causes, ni sur l'état des paupières. Vidal ne mentionne que le phimosis congénial des paupières décrit par le professeur Ammon.

Les traités d'ophthalmologie ne nous fournissent pas non plus de documents importants. Demours, Weller, ne nous donnent aucun renseignement relatif à notre sujet. Ce dernier consacre un petit article à la contraction spasmodique, qui, selon lui, serait due aux maladies nerveuses : l'hystérie, l'hypochondrie. M. Makensie résume ainsi les causes du blépharospasme. Une particule de poussière ; un cil renversé en dedans ; la conjonctivite scrofuleuse, affection dans laquelle le malade ne peut supporter le moindre rayon lumineux, une irritation de la rétine, le spasme survenant à la suite d'un coup ou de quelques autres lésions ; divers désordres cérébraux ; des troubles du côté des voies digestives ; plusieurs affections nerveuses.

M. Chassaignac a publié en 1844, dans la Gazette des Hôpitaux, une observation de contracture spasmodique de l'orbiculaire, à la suite d'une vieille ophthalmie. Cette observation est précédée de courtes remarques sur ce phénomène du spasme. Nous trouvons consignées dans cette note les hypothèses suivantes : « Ce fait de contraction spasmodique de l'orbiculaire pourrait être dû : 1° à l'habitude prise par le malade, depuis un temps plus ou moins long, de fermer soit complétement, soit incomplétement l'œil du côté levé ; 2° ou bien à un reste d'inflammation, un engorgement des voiles membraneux persistant après la guérison de l'ophthalmie; 3° ou bien encore à une sorte de paralysie du releveur de la paupière supérieure. Nous ne croyons pas devoir admettre ces hypothèses, et quant à la dernière, il sera toujours facile de différencier une chute de la paupière avec la contraction spasmodique de l'orbiculaire qui cède dans la majorité des cas à une section du muscle ou à une dilatation forcée.

M. Verneuil a cité dans ses leçons sur l'autoplastie appliquée aux rétrécissements spasmodiques des orifices muqueux; et M. Samaniego, qui a reproduit fidèlement les idées de M. Verneuil, s'exprime ainsi : « On voit qu'une ulcération circonscrite, une inflammation limitée, provoquent souvent une espèce de contracture de la couche musculaire qui sert de sphincter, contracture qui donne naissance

à un rétrécissement spasmodique. Je citerai, comme exemple, la fissure anale avec contracture, le blépharospasme et une lésion analogue de l'orifice buccal, entretenu par une gerçure palpébrale ou labiale. » (*Thèses de Paris*, 1859.)

Nous formulerons de la manière suivante le fait pathologique dont nous nous occupons; le blépharospasme, qui, en définitive, n'est qu'un symptôme, un accident de diverses maladies, peut reconnaître pour cause, comme dans la fissure à l'anus, une inflammation limitée, une ulcération du grand angle de l'œil, indépendamment de toutes les nombreuses causes qui déterminent ce spasme.

Le spasme de l'orbiculaire des paupières, qui se montre à la suite de vieilles ophthalmies, ou qui est dû à une gerçure du grand angle de l'œil, ou à une excoriation du bord libre de ces voiles membraneux, détermine un rétrécissement de l'ouverture palpébrale manifeste. La paupière, au lieu de se relever d'un degré égal et symétrique à celui de la paupière du côté opposé, semble rester lourde et paresseuse, et donne quelque chose de disgracieux à la physionomie. L'angle externe est attiré du côté de l'angle interne de l'œil, ce qui diminue le diamètre transversal de l'ouverture; on en trouve l'explication, si on veut bien se reporter à la structure et à la disposition des fibres du muscle orbiculaire.

Ce muscle, d'après M. Richet (Anat. chirurg.), est composé de quatre portions, une extra-orbitaire, une orbitaire proprement dite, une palpébrale qui entre dans la structure des paupières, et une quatrième, le muscle ciliaire de Riolan. Les fibres sont dirigées selon des arcs de cercle, dont les extrémités se coupent à angles plus ou moins aigus; près de la commissure externe, il semble que celles qui appartiennent à la paupière supérieure se continuent sans interruption avec celles de la paupière inférieure.

Des faisceaux musculaires considérables prennent d'un côté leur insertion à l'aponévrose de la commissure interne, et ont un point fixe, solide; de l'autre, ils s'insèrent à l'aponévrose de la commissure externe. Lorsque les contractions du muscle orbiculaire tendent à rapprocher les paupières, ces petites aponévroses d'insertion, qui ont des attaches solides sur les os voisins fixent les commissures. Si elles n'existaient pas, il est évident que rien n'empêcherait les angles palpébraux de venir à la rencontre l'un de l'autre, ainsi qu'il arrive aux commissures des lèvres pendant les contractions énergiques de leurs fibres musculaires. Dans la contraction spasmodique de l'orbiculaire, la commissure externe se rapproche sensiblement de l'interne.

Le blépharospasme présente des degrés bien marqués; parfois les paupières sont contracturées à un tel point que les bords se renversent en dedans, produisent un entropion et le renversement des cils dont les conséquences peuvent être très-graves. D'autres fois la contracture n'est pas portée aussi loin, et elle oblige seulement les malades à une semi-occlusion.

L'épiphora ou larmoiement, la photophobie accompagnent ce spasme, mais jamais à un degré aussi prononcé que dans certaines affections du globe oculaire. D'ailleurs, il nous semble plus rationnel de mettre ces symptômes concomitants sur le compte des lésions qui ont existé précédemment (conjonctivite, kératite).

L'angle externe de l'œil, où séjournent parfois des liquides âcres, se trouve souvent enflammé. D'abord, il y a excoriation, puis, ulcération des bords ciliaires, qui se soudent de proche en proche.

Il ne faut pas confondre ce blépharospasme avec le ptosis ou blépharoptose de la paupière, consécutive à une paralysie de l'élévateur. Dans cette dernière affection qui, pour M. Desmares, serait un prolapsus, un relâchement, plutôt qu'une paralysie, la paupière tombe inerte et ne peut se relever. Si elle est due à une paralysie, on observe celles des muscles animés par la troisième paire, ce qui n'arrive pas dans le spasme. Quand ce n'est qu'une simple atonie, la peau semble allongée, froncée; et si on soulève avec le doigt un repli cutané, sans cependant exercer une grande traction, le malade peut ouvrir l'œil, parce que le poids surabondant de la portion de peau ne rend plus insuffisante la force du muscle élévateur. Dans la contraction spasmodique, au contraire, le chirurgien a souvent beaucoup de peine à relever les voiles membraneux, et encore n'y arrive-t-il pas toujours. Si l'on engage le malade à ouvrir les paupières, on est témoin de l'effort qu'il fait, et on peut constater la contraction violente du muscle frontal qui s'efforce de venir en aide à l'orbiculaire ; le sourcil se déforme, il est attiré en haut, et la peau du front du côté malade n'est plus lisse comme celle du côté opposé; elle est sillonnée par des rides disgracieuses.

Le traitement du blépharospasme est assez complexe ; ainsi on doit tout d'abord rechercher la cause qui l'a produit et diriger contre elle les moyens d'action consignés dans tous les traités d'ophthalmologie. Mais si le spasme des paupières vient à survivre à la disparition de cette cause, ces traités restent muets sur les ressources thérapeutiques à mettre en œuvre; c'est ce point de pratique que nous avons voulu spécialement aborder dans cette note.

Lorsque le spasme de l'orbiculaire est assez considérable pour

porter obstacle à la vision, et surtout lorsqu'il provoque l'entropion et le trichiasis, on ne doit pas hésiter à recourir à une opération. Dans le premier cas, M. Richet, comme F. Cunier et M. Pétrequin, se borne à pratiquer la section sous-cutanée des fibres musculaires contracturées ; dans le second, ce chirurgien n'a pas seulement recours à l'incision de l'angle palbébral soudé, mais pratique une opération autoplastique que Dieffenbach a désignée sous le nom de procédé par bordage, et qui consiste à doubler les bords de l'incision avec la conjonctive palpébrale, afin de restituer à l'ouverture des paupières ses dimensions normales. Voici comment M. Richet décrit son procédé :

« Je pratique deux incisions ayant la forme d'un V ouvert du côté de l'angle palpébral externe, de telle sorte que l'incision externe, partant du bord libre de la paupière supérieure, un peu au-dessus de la commissure, vienne aboutir un peu obliquement de haut en bas, à 10 millimètres environ de l'angle externe, tandis que l'incision inférieure partant du même point de la paupière inférieure vient rejoindre l'autre de bas en haut ; puis, j'enlève tous les tissus compris entre les deux incisions, depuis la peau jusqu'à la muqueuse exclusivement, qui reste seule dans le fond du triangle. Je la divise alors sur la ligne médiane, ce qui me donne deux lambeaux flottants que je greffe avec des serres-fines. »

Ce procédé, on va le voir, donne de très-beaux résultats, et remplit le double but d'agrandir la paupière et de faire cesser les contractions du muscle orbiculaire. Grâce aux serres-fines, la réunion de la muqueuse à la peau est facilement obtenue au bout d'un temps très-court ; six ou huit heures suffisent pour cela.

Je dois ajouter que dans les cas où toutes les fibres du muscle orbiculaire participent à la contracture, M. Richet ne se contente pas de pratiquer la petite opération précédente, mais qu'il fait la section sous-cutanée, en ayant soin d'inciser les trois portions du muscle désignées sous le nom d'extra-orbitaire, d'orbitaire et de palpébrale.

On trouvera ce procédé décrit dans la première des observations qu'il nous reste à produire, pour avoir accompli notre tâche.

Obs. I. *Contracture spasmodique de l'orbiculaire palpébral provoquée par une fissure.—Section sous-cutanée de tout le muscle. — Guérison.* — Au mois de juillet 1850, la nommée Catherine G***, âgée de quinze ans, entra dans le service de M. Richet à l'hôpital Bon-Secours, pour y être traitée d'une double ophthalmie qui, au dire des parents, durait depuis plusieurs mois. Les deux yeux étaient fermés convulsivement, et il était impossible, quelque effort

que l'on fit, d'entr'ouvrir les paupières et par conséquent de s'assurer de l'état du globe oculaire. En présence de ce fait, M. Richet résolut de la soumettre aux inhalations de l'éther, afin de faire cesser le spasme et de se rendre compte des lésions qui pourraient exister plus profondément. La malade étant complétement anésthésiée, il fut alors très-facile d'examiner ses yeux tout à son aise. Le chirurgien ne fut pas peu surpris de voir que la cornée était parfaitement intacte, la pupille régulière et la conjonctive à peine injectée. Examinant avec plus de soin, il découvrit alors dans la commissure externe, à droite et à gauche, une fissure assez profonde que l'écartement des paupières avait fait légèrement saigner en l'entr'ouvrant.

Etonné de cette absence de toute lésion du côté du globe oculaire, M. Richet questionna la sœur de la salle, et apprit que dans la journée cette enfant, les yeux à demi-ouverts, jouait sur son lit à contre-jour et distinguait tous les objets qui servaient à ses amusements, sans avoir ni photophobie, ni larmoiement; mais dès qu'on voulait lui faire lever la tête pour lui parler ou la regarder, ses paupières se fermaient convulsivement. Dès lors, le diagnostic fut posé, on avait affaire à une contraction spasmodique de l'orbiculaire, reconnaissant pour cause une fissure palpébrale, et comme cette contracture portait sur la totalité du muscle, ce n'est plus à la simple excision des fibres ciliaires que M. Richet crut devoir recourir, mais à la section complète du muscle lui-même.

Le lendemain donc, la malade étant de nouveau soumise à l'anésthésie, M. Richet pratiqua, à 4 millimètres en dehors de la commissure, et sur la même ligne, une ponction avec une lancette aiguë, et par cette ouverture, introduisit un long ténotome qui fut glissé entre la peau et les fibres musculaires, d'abord vers la partie supérieure du muscle, jusqu'au-dessous du sourcil; le tranchant de l'instrument étant ensuite dirigé vers les fibres du muscle, il le ramena lentement vers l'ouverture, en divisant avec soin toute l'épaisseur de la couche musculaire. Ce chirurgien réintroduisit alors le ténotome de la même manière, du côté de la paupière inférieure, et sectionna toute la partie de l'orbiculaire correspondant à cette même paupière. Le temps difficile de cette opération fut celui où il fallut faire glisser l'instrument, dont l'extrémité était arrondie, entre la peau et les fibres musculaires qui contractent avec elle de nombreuses adhérences. Il s'écoula peu de sang par l'ouverture, mais presque instantanément un énorme thrombus se manifesta aux deux paupières. On avait commencé par la section de l'orbiculaire droit, la même opération fut pratiquée à gauche. Une petite mouche de taffetas gommé fut placé sur l'ouverture, et la malade, qui n'avait témoigné aucune douleur, fut tirée du sommeil anésthésique.

Chose remarquable, dès que cette enfant fut éveillée, on constata que la contraction avait cessé et que la jeune malade, malgré l'épanchement sanguin qui gonflait la paupière, pouvait facilement entr'ouvrir les yeux.

Des compresses d'eau froide furent maintenues sur les deux yeux; le lendemain le thrombus était remplacé par une large tache ecchy-

motique qui occupait les paupières, la tempe et la joue, et la malade toute souriante ouvrait largement les yeux quand on le lui demandait.

Depuis ce moment, les choses allèrent en s'améliorant, et vingt jours après la malade sortait aussi complétement guérie que possible, ne conservant de son affection qu'une absence de plissement des paupières qui se fermaient, mais sans aucun froncement de la peau. Quant à la fissure, elle s'était cicatrisée sans qu'il fût nécessaire d'employer aucun moyen médicamenteux.

M. Richet a revu cette malade deux mois après; sa guérison avait persisté, mais l'ecchymose n'avait pas encore disparu. Quant à la contracture de l'orbiculaire, elle semblait être rentrée dans ses limites physiologiques, c'est-à-dire que les plis et les sillons naturels commençaient à reparaître sur la peau.

OBS. II. *Spasme palpébral, suite de kératite ulcéreuse, fissure de l'angle externe. — Section sous-cutanée de l'orbiculaire. — Guérison.* — Un jeune ouvrier zingueur, entré au mois de mai 1860 à l'hôpital Saint-Louis pour une ulcération de la cornée du côté droit déjà ancienne, présentait cette particularité, qu'il lui était impossible d'écarter les paupières, autrement qu'avec les doigts. Lorsqu'on l'invitait à ouvrir les deux yeux, le gauche obéissait à sa volonté, mais le droit restait invinciblement fermé, et les efforts qu'il faisait pour y parvenir lui donnaient la plus singulière figure qu'il fut possible d'imaginer : ainsi la bouche s'ouvrait démesurément, la commissure droite remontait vers l'oreille, le sourcil droit s'abaissait, le front se plissait, et la lèvre du même côté s'élevait et se rapprochait du globe oculaire.

Dans la commissure externe, on voyait une fissure occupant l'angle externe, et en écartant les paupières, ce qui ne se faisait pas sans difficulté et surtout sans douleur, on produisait une déchirure qui provoquait un larmoiement abondant. M. Richet pensa d'abord que tous les phénomènes disparaîtraient une fois l'ulcération de la cornée guérie ; en conséquence il institua le traitement de la kératite, et un mois après l'entrée du malade dans nos salles, il ne restait plus que la trace cicatricielle de l'ulcération, toute rougeur avait disparu ; néanmoins la fissure palpébrale persistait, et avec elle la contracture.

On pratiqua à plusieurs reprises la cautérisation de cette fissure, et on en obtint la cicatrisation. La contracture persistait toujours, et comme elle déterminait une difformité qui rendait ce jeune homme la risée de ses camarades, il demandait chaque matin qu'on la fit cesser. Quand M. Richet se fut convaincu que tout autre moyen que l'opération serait inefficace, il procéda à la section souscutanée du muscle orbiculaire par le procédé décrit dans l'observation précédente.

Un écoulement de sang très-abondant fut la seule circonstance importante à noter. Douze jours après, il sortait guéri, en promettant de venir nous revoir s'il survenait quelque chose de nouveau. Comme il ne s'est pas présenté, tout porte à croire que la guérison a persisté.

Obs. III. *Contraction spasmodique du muscle orbiculaire palpébral. — Autoplastie. — Guérison.* — Une femme âgée de cinquante ans environ entre à l'hôpital de Lourcine le 25 octobre 1849, atteinte d'une affection syphilitique, par suite de laquelle elle a perdu une partie des os propres du nez et du cartilage médian des fosses nasales. Cette malheureuse femme est de plus affectée d'un rétrécissement de l'ouverture palpébrale gauche, qui était arrivé à un tel point que c'est à peine si on pouvait découvrir les deux tiers internes de la cornée en écartant fortement les paupières. Ce rétrécissement, qui paraissait dû à une contracture ancienne de l'orbiculaire, portait exclusivement sur l'angle externe de l'ouverture des paupières, qui, en ce point, étaient soudées l'une avec l'autre, de telle sorte que l'angle palpébral externe semblait avoir été transporté vis-à-vis le milieu du globe oculaire. La paupière supérieure était roulée sur elle-même et les cils, encore assez nombreux, heurtant la cornée, déterminaient un épiphora continuel et une irritation attestée par la présence de néphélions.

Cette dernière complication (entropion trichiasis) avait déterminé la malade à quitter la province pour venir à Paris chercher une guérison radicale. M. Richet s'arrêta à l'opération mentionnée ci-dessus, opération désignée sous le nom de *bordage*. Le succès fut complet, l'entropion disparut entièrement, l'ouverture palpébrale, largement ouverte, permettait à la malade de voir facilement en dehors sans tourner la tête, comme elle était obligée de le faire auparavant.

La guérison se maintint dans le même état où M. Richet l'avait trouvée le lendemain à la levée des serres-fines, c'est-à-dire la muqueuse entièrement unie à la peau. (Richet, lettre à Vidal (de Cassis), Union médicale, décembre 1849.)

Obs. IV. *Contracture de la portion ciliaire du muscle orbiculaire. — Entropion. — Autoplastie par bordage. — Guérison.* — Clerc, trente-sept ans, journalier, entre le 8 mars à l'hôpital Saint-Louis; cet homme a eu une ophthalmie purulente en 1847, une blépharite ciliaire en 1850. Depuis trois ans sa blépharite a reparu et s'accompagne d'un entropion. Lors de son admission on constate du côté gauche des taches de la cornée, un entropion, avec soudure de l'angle externe, et de plus une fissure. La vue n'est pas troublée par de la photophobie ni du larmoiement. Du côté droit, l'œil est plus malade, une taie considérable existe sur le segment inférieur de la cornée; un pinceau vasculaire sur la sclérotique; un entropion avec trichiasis; enfin une gerçure de l'angle externe, avec commencement de soudure et une contracture de la portion ciliaire du muscle orbiculaire. Le grand air et la lumière trop vive lui occasionnent du larmoiement.

M. Richet opère l'œil droit par le procédé de bordage et réunit la plaie au moyen des serres-fines. Le lendemain la réunion est presque complète, la contracture a disparu en partie, les cils ne touchent plus la cornée, et le malade éprouve un soulagement manifeste. Il demande son exeat huit jours après, le 20 mars, et promet de revenir nous voir, si la cure ne se maintient pas.

Obs. V. *Contracture de l'orbiculaire des paupières consécutive à une gerçure de l'angle externe. — Autoplastie par bordage. — Guérison.* — Henri Dutertre, âgé de dix-sept ans, graveur, est couché au n° 58 de la salle Saint-Augustin. Ce jeune homme, d'une constitution délicate, d'un tempérament lymphatique très-manifeste, raconte qu'il a été atteint antérieurement d'une ophthalmie qui s'est répétée à différents intervalles. Ces ophthalmies n'étaient autre chose que des kératites, si l'on en juge par les taches qui sont restées sur la cornée, à droite et à gauche. Lors de son entrée à Saint-Louis, il présente une contraction spasmodique de la portion ciliaire du muscle orbiculaire droit, et vient réclamer de M. Richet la guérison de cette difformité.

État actuel. Le globe de l'œil paraît sain, seulement une légère infection des vaisseaux sanguins entoure la cornée transparente, qui est légèrement dépolie. À l'angle externe de l'œil se trouve une petite excoriation qui est accompagnée d'un blépharospasme déterminant le rétrécissement de l'ouverture palpébrale. La paupière supérieure, au lieu de se relever d'un degré égal à celui de la paupière du côté opposé reste lourde. Le jour ne gêne pas le malade, son œil, dit-il, se ferme malgré lui; si on l'invite à agrandir le champ palpébral, il est obligé de faire des efforts considérables; alors on voit le muscle occipito-frontal se contracter pour venir en aide au releveur, le sourcil est déformé, ce qui donne quelque chose de contraint et de disgracieux à la physionomie. Cette contraction ne détermine qu'une semi-occlusion des paupières. Le diamètre vertical du côté droit donne à la mensuration trois millimètres de différence en moins.

Le diamètre transverse de l'orifice palpébral gauche est de deux centimètres huit millimètres, du côté malade de deux centimètres quatre millimètres. L'angle externe semble être attiré du côté du grand angle de l'œil.

M. Richet voulut, avant de pratiquer une opération, traiter le malade pendant quelques semaines. Les collyres, les cautérisations légères, le repos au lit n'ayant amené aucune amélioration, l'opération est décidée, mais elle est retardée pendant quinze jours à cause d'une bronchite qui était survenue deux jours auparavant.

Le 15 mars, l'opération décrite ci-dessus par M. Richet fut pratiquée ponctuellement. Les bords de la plaie furent rapprochés avec des serres-fines, qui furent enlevées six heures après. La plaie se trouva très-bien réunie. Depuis ce jour le malade alla de mieux en mieux; l'angle externe se cicatrisa parfaitement, la fissure disparut et avec elle la contracture spasmodique de l'orbiculaire. Lorsque le malade quitta l'hôpital, le champ palpébral était, à peu de chose près, aussi grand que celui du côté opposé.

Puisque nous avons pour but spécial de signaler les diverses ressources thérapeutiques à mettre en œuvre contre la contracture de l'orbiculaire des paupières, nous ne devons pas omettre le procédé de la dilatation forcée, qui a si bien réussi entre les mains de M. Chassaignac. (*Gaz. des hôpitaux*, mai 1844.)

Obs. VI. Dans ce cas de spasme, les paupières étaient maintenues fermées avec une telle force, qu'il y avait lieu de croire à une photophobie très-intense et probablement à une lésion soit de la cornée, soit de l'iris. Ce fut dans la crainte d'une affection grave que M. Chassaignac se décida à employer l'ophthalmostat à l'effet d'obtenir l'ouverture des paupières à un degré suffisant, et pendant assez de temps pour observer l'état de l'œil. Cette présomption d'une lésion photophobique avait d'autant plus raison d'être qu'il y avait larmoiement, et que le malade présentait des traces caractéristiques des sujets atteints de scrofule. On eut donc lieu d'être surpris de ne trouver à l'examen complet des deux yeux, avec l'ophthalmostat à ressort, aucune lésion qui accompagnait l'occlusion des paupières. Le moyen d'examen fut aussi le moyen de guérison. Dès le lendemain les paupières s'ouvraient avec facilité.

Des faits que nous venons de produire, nous tirerons les conclusions suivantes :

Le blépharospasme peut survivre à la cause qui l'a produit et constitue alors une maladie qui réclame ses moyens de traitement particuliers.

Si la contracture musculaire est simple et peu intense, on en triomphera par la dilatation forcée;

Si elle a provoqué l'entropion et le trichiasis, la section souscutanée des fibres musculaires sera le plus souvent nécessaire;

Dans le cas où l'ulcération de la commissure a amené la soudure des bords palpébraux, il ne suffit pas toujours de pratiquer l'incision des parties réunies et l'on devra, pour rendre sûrement à l'ouverture des paupières ses dimensions normales, avoir recours au procédé d'autoplastie par bordage formulé par M. Richet.

CHIMIE ET PHARMACIE.

Mélange de digitale et de belladone pour régulariser les éruptions anormales.

Par M. le docteur Durac.

Dans les cas de rougeole et de scarlatine, lorsque l'éruption cutanée se fait mal ou ne se fait pas du tout, ou encore dans les cas où, pour une cause quelconque, il y a répercussion ou métastase de la manifestation éruptive, M. le docteur Durac, de la Louisiane, conseille l'emploi d'un mélange dans lequel entre la belladone et la digitale. Voici la formule, et les remarques de notre confrère, que publie le Journal de médecine et de chirurgie pratiques :

Pour un enfant de deux ans, par exemple, ce médecin prescrit :

Pr. Poudre de racines de belladone..........	5 centigrammes.
Poudre de feuilles de digitale...........	5 centigrammes.
Poudre d'ipéca........................	15 centigrammes.
Poudre de rhubarbe...................	30 centigrammes.

Mêlez et divisez en six doses ; un paquet toutes les heures.

Si l'enfant est indocile et prend mal les poudres, on remplace cette préparation par le sirop suivant :

Pr. Sirop de belladone.........................	20 grammes.
— de digitale..........................	30 grammes.
— d'ipéca..............................	20 grammes.
— de chicorée..........................	30 grammes.

à prendre par cuillerée à café toutes les heures.

Selon les cas, on en rapproche les doses; alors, l'action est plus prompte. Sous l'influence de cette médication, la toux se calme, l'agitation diminue, et après l'administration de trois ou quatre doses, la face s'anime, rougit, la coloration se propage, et bientôt le corps est couvert, de la tête aux pieds, d'une éruption qui peut tromper l'œil le plus exercé sur sa nature; éruption factice, il est vrai, mais toujours suivie de l'éruption normale.

Est-ce là le résultat d'un empoisonnement? Peut-être, dit M. Durac. Mais il importe peu, puisque dans plus de deux cents cas de fièvre éruptive, ce moyen n'a jamais failli, ni jamais été nuisible.

Le plus grand inconvénient de cette médication est de ramener l'agitation d'abord calmée par son emploi; à cette agitation se joint un peu de surexcitation cérébrale, qui se traduit par le rire ou l'expression de la peur, et presque toujours par une grande démangeaison au nez, ainsi que sur toute la surface où l'éruption s'établit. Lorsque cet état se produit, il est rare que le vomissement ou une évacuation alvine ne fasse pas justice de ces accidents, qui, l'auteur le répète, sont sans danger pour les petits malades.

Que nous ayons affaire à une rougeole, à une scarlatine, ou même à toute autre fièvre éruptive, notre conduite, dit M. Durac, est la même toutes les fois qu'il y a lenteur ou arrêt dans la manifestation à la peau du symptôme le plus essentiel : l'éruption.

On peut continuer l'usage de la préparation jusqu'à effet éruptif; en arrêter l'emploi à volonté, ou bien le reprendre, s'il y a lieu. C'est ainsi que nous avons agi dans une infinité de cas. Sans doute, nous ne prétendons pas à l'infaillibilité de ce traitement; nous ne faisons ici que constater un fait, fait que nous voudrions voir vé-

rifié par l'expérience d'hommes plus compétents que nous et qui pourraient nous dire et la nature et la valeur réelle de cette éruption, qu'on peut obtenir à un moment donné et sans péril.

Les poudres de belladone et de digitale réunies agissent plus promptement que les sirops des mêmes plantes.

Les préparations de belladone et de digitale employées isolément ne produisent plus le même résultat ; il en faut de fortes doses pour provoquer l'apparition de quelques taches rouges à la figure. On obtient plutôt une congestion de la face dans les premières heures de leur emploi, congestion suivie d'une grande pâleur, qu'une éruption quelconque sur la surface cutanée.

C'est donc à la combinaison des deux plantes qu'est dû l'effet que nous venons de signaler.

Potion contre les hémorrhagies passives.

La faveur accordée au perchlorure ne doit pas faire oublier les autres préparations de fer, et dont quelques-unes sont tombées injustement dans l'oubli. Ainsi, le docteur Chrestien, de Montpellier, signale la potion suivante comme ayant donné à son oncle les plus remarquables résultats dans les cas d'épistaxis, d'hémoptysie et de pertes utérines, lorsque ces hémorrhagies étaient passives.

Pr. Péroxyde de fer (pierre hématite)........	8 grammes.
Sirop de menthe.......................	30 grammes.
Eau de cannelle......................	15 grammes.
Eau de mélisse.......................	45 grammes.
Eau de menthe.......................	45 grammes.

à prendre par cuillerées à bouche, de deux en deux heures.

Cette potion, attribuée à Plenk, et dont l'élément actif (la pierre hématite) était connu des anciens, a fait cesser comme par enchantement, en maintes circonstances, les épistaxis et autres hémorrhagies qui surviennent dans le cours des fièvres graves.

Thérapeutique de l'empoisonnement par la morphine, et les médicaments qui en contiennent, suivie de quelques réflexions sur la recherche de la morphine dans les urines,

Par M. Bouchardat.

La fréquence de l'empoisonnement par les opiacés nous engage à placer sous les yeux de nos lecteurs la note suivante, que vient de publier, dans le Répertoire de Pharmacie, le savant professeur d'hygiène. Ces remarques sont extraites des leçons de thérapeutique

que M. Bouchardat faisait dans l'amphithéâtre de l'Hôtel-Dieu, alors qu'il était pharmacien en chef de cet hôpital.

En traitant de l'action physiologique des narcotiques en général, je disais : Après l'action stimulante primitive sur le système nerveux, qui rapproche la morphine du café, survient l'action déprimante, dont le caractère le plus net est le sommeil. Borné d'abord aux appareils de la vie de relation, il ressemble par ses caractères essentiels au sommeil physiologique; mais si la dose de la morphine ou du composé morphique est élevée, le sommeil s'étend aux appareils de la vie de nutrition.

Or, comme il en est, tels que ceux de la respiration et de la circulation, qui doivent veiller toujours, si le sommeil gagne ces appareils, la vie doit s'éteindre. C'est précisément le mécanisme de l'empoisonnement par les opiacés.

C'est habituellement six à huit heures après l'ingestion du composé morphique, que survient ce sommeil général, si l'on a veillé jusque-là, et si l'on ne fait rien pour s'y opposer.

On comprend sans peine comment l'empoisonnement est plus rapide, si l'on a avalé la morphine le soir en se mettant au lit, ou si l'on ne l'a ingérée que le matin.

Si on admet la théorie que je viens d'exposer, la thérapeutique de l'empoisonnement par les opiacés devient aussi simple que rationnelle.

Il faut à tout prix s'opposer au sommeil physiologique, car il précède toujours le sommeil des appareils de nutrition. Il convient, pour atteindre ce but, de tenir le malade éveillé, en le forçant à marcher, en le fustigeant avec des orties, si besoin en est, en lui appliquant le marteau de Mayor (sur l'efficacité duquel j'ai le premier insisté dans les cas d'asphyxie ou dans les empoisonnements de cet ordre).

Il convient aussi, comme cela a été depuis longtemps recommandé, d'administrer du café. J'ai montré qu'il fallait le donner à haute dose, de 50 à 100 grammes de bon café pour 500 d'eau, qu'il convenait de l'administrer sans sucre, pour qu'il fût absorbé plus vite.

Il suffit de tenir le malade éveillé douze heures, dix-huit au plus. Ce temps suffit pour l'élimination de la morphine par les urines. On peut, au reste, s'édifier sur cette question capitale, en essayant les urines à mesure que les malades la rendent, à l'aide de mon réactif [1].

---

[1] Voici la formule de mon réactif de la quinine et des autres alcaloïdes, telle que je l'ai publiée dans mon *Formulaire* :

— Il ne faut pas craindre d'en ajouter en grand excès ; tant que les urines donnent des flocons bruns, la morphine n'est point éliminée. Il faut tenir le malade éveillé.

Je regarde comme une chose prudente de surveiller le premier sommeil qui suit l'empoisonnement, pour être sûr que la respiration et la circulation sont normales.

Adoptant cette thérapeutique de l'empoisonnement par les opiacés, faut-il renoncer aux autres moyens ? Je crois qu'il est très-convenable de recourir avant tout aux émétiques, si le poison a été donné depuis peu. Ce ne peut être qu'une bonne chance d'éloigner directement une partie du poison avant qu'il soit absorbé ; puis l'action de vomir tient aussi le malade éveillé.

Quant aux contre-poisons chimiques [1] dont je suis grand partisan dans de sages limites, il ne faut dans ce cas rien leur sacrifier. Depuis que j'ai fait mes leçons sur cette thérapeutique physiologique des empoisonnements par les opiacés, j'ai eu par moi-même ou par les communications de mes élèves, des exemples si nets de sa toute-puissante efficacité, que je n'hésite pas à la recommander d'une manière absolue.

On a vu que j'attachais une grande importance à l'indication de suivre l'évacuation de la morphine, pour tenir le malade éveillé, tant qu'il n'est point débarrassé du poison. Le réactif proposé par M. Lefort convient-il mieux que le mien. Je ne le pense pas ; car on peut voir dans mon Mémoire sur la recherche des alcaloïdes dans les urines (*Supplément à l'Annuaire* de 1856, page 223), qu'à l'aide de mon réactif employé en quantité suffisante, on a pu déceler la morphine dans les urines d'une malade qui n'avait pris que 5 centigrammes d'extrait d'opium, en ayant le soin d'essayer séparément les urines de chaque émission.

Iode..............................	10 grammes.
Iodure de potassium................	20 grammes.
Eau................................	500 grammes.

Faites dissoudre.

Je dois dire que j'ai souvent fait varier la proportion d'eau et que j'ai souvent employé des dissolutions plus ou moins concentrées. Pour 500 grammes d'eau, M. Briquet emploie 4 grammes d'iode et 8 grammes d'iodure.

[1] M. Gio Batt. Fasoli vient de publier à Venise un traité des plus recommandables sur les propriétés des antidotes chimiques.

CORRESPONDANCE MÉDICALE.

Plaie volontaire de la trachée chez une folle. — Guérison rapide de la plaie et de l'état mental.

Le médecin n'a pas seulement à parer aux lésions pour lesquelles il est appelé, il faut encore qu'il sache éclairer la famille sur les résultats ultérieurs qui peuvent suivre. Souvent ces questions de pronostic sont fort difficiles à trancher, surtout lorsque le praticien exerce dans un centre où il n'a à attendre aucun secours d'un confrère. C'est ce qui m'est arrivé dans le fait suivant : je crois que le récit des péripéties par lesquelles je suis passé dans ces circonstances pourra éclairer quelques-uns des médecins abandonnés, comme moi, à leurs seules lumières.

Au mois de juillet 1856, je fus mandé en toute hâte dans le village de Labatardière de Landerinde (Vendée) pour donner mes soins à la femme Gautier, âgée de cinquante-sept ans, qui, dans un accès de folie, venait de se couper la gorge avec un rasoir. Je me rendis immédiatement auprès d'elle, et je la trouvai étendue sur son lit, respirant à peine, presque froide. Elle présentait au milieu du cou, au-dessous du larynx, une blessure transversale, large de 5 à 6 centimètres. Trois anneaux de la trachée avaient été sectionnés irrégulièrement et offraient aux regards une ouverture déchiquetée sur ses bords, par laquelle le sang avait largement pénétré dans les bronches, qui en étaient gorgées. Les carotides, ainsi que cela est d'habitude, n'avaient pas été lésées, et les veines et les artérioles tranchées par le rasoir ne donnaient plus de sang; on pouvait donc encore sauver cette malheureuse, en remédiant promptement à l'asphyxie, qui était imminente. L'indication était nette et précise ; il n'y avait que l'aspiration à employer dans cette circonstance. Dépourvu de tout instrument, je ne devais songer à sauver ma malade qu'en aspirant à l'aide de la bouche le sang qui obstruait les bronches. M'armant donc de courage, j'appliquai les lèvres sur l'ouverture de la trachée, et pendant plus d'un quart d'heure j'aspirai ce sang, que je crachais ensuite à pleine bouche. Mes efforts furent couronnés d'un succès complet; peu à peu, et à mesure que les poumons étaient débarrassés, la respiration devenait un peu plus libre ; enfin, elle poussa un soupir !

Je renonce à décrire l'émotion de l'assistance pendant cette scène et ses témoignages de reconnaissance lorsque la malade revint à elle. C'est dans de telles circonstances que le rôle du médecin est

bien compris. L'étendue du dévouement que sa mission, dans des cas semblables, lui impose, est en effet assez grande pour frapper même les esprits les plus prévenus.

Une heure après, je réunis les lèvres de cette large plaie par six points de suture; la pauvre folle se laissa tranquillement pratiquer cette opération, et j'appliquai un pansement très-simple.

Le troisième jour, je levai le premier appareil; la plaie était d'une bonne nature et laissait prévoir une prompte cicatrisation. En effet, au bout d'un mois, la cure était complète.

La partie de ma tâche la plus délicate a été d'éclairer la famille sur l'influence que cet acte de suicide devrait avoir sur la marche ultérieure de la maladie mentale. Voici les renseignements qui me furent donnés. La femme Gautier était mariée, et n'avait jamais eu d'enfants; à quarante-cinq ans la ménopause eut lieu et sans provoquer aucun des accidents congestifs ou nerveux, qui ont fait nommer ce moment l'*époque critique*. Sa santé n'avait jamais été atteinte sérieusement, lorsque six mois auparavant, en janvier 1856, ses parents remarquèrent un léger trouble dans ses idées. Elle parlait quelquefois toute seule, sans se préoccuper des personnes qui l'entouraient; elle commençait des phrases sans les achever et répondait souvent de travers aux questions qu'on lui adressait... Bientôt elle devint triste et rêveuse... On chercha alors autour d'elle la cause de sa tristesse, mais comme rien ne lui manquait, santé, aisance, tranquillité, etc., on crut qu'elle éprouvait du chagrin de ne pas avoir d'enfant, et de songer qu'après sa mort son petit bien passerait entre des mains étrangères. Bref, au lieu de s'amender, les choses allèrent en empirant. Dès la fin de février, elle ne pouvait rester en place. Souvent, au lieu de faire son ouvrage à la maison, elle sortait dans les champs, où elle passait la journée à courir sans but. En vain son mari et ses parents essayèrent-ils de la distraire, et de lui faire abandonner cette manie de vagabondage... tout fut inutile!

Croyant sans doute la médecine impuissante pour guérir les aberrations de l'esprit, la famille se contenta de consulter à ce sujet quelques sorciers du pays. Mais la magie ne satisfit point ses espérances, et la pauvre folle, dont le caractère du reste était fort doux, n'inspirant aucune défiance, fut abandonnée à elle-même, et put vaguer dès lors tout à son aise.

Les mois de mars, avril, mai et juin passèrent sans amener de changement notable dans l'état mental de cette malheureuse femme, et rien ne pouvait faire soupçonner une crise, lorsque le 24 juillet, sur les dix heures du matin, la folle, profitant de l'absence de tous

les gens de la maison, occupés à divers travaux des champs, essaya de se noyer dans une petite mare d'eau, voisine de la ferme. Heureusement, le trou était peu profond, et elle ne parvint qu'à se mouiller.

C'est à la suite de cette tentative infructueuse, qui l'avait exaspérée sans doute, que cette malheureuse vint chercher le rasoir de son mari, et se rendit dans le grenier à foin, où elle accomplit sa seconde tentative de suicide.

En présence de ce commémoratif, je n'hésitais pas à partager l'avis de la famille et à regarder la mélancolie de la femme Gautier comme liée à une idée triste, peut-être l'absence d'enfants, et j'espérais que les douleurs physiques produites par la plaie contribuerait à amender l'état mental de la maladie, de la même manière que le moindre attouchement fait cesser le rêve chez un homme endormi. Ne pouvais-je pas encore regarder ces deux tentatives de suicide, répétées coup sur coup, comme la manifestation d'une crise qui signalerait la fin de la folie? Quoi qu'il en soit, je crus pouvoir rassurer, tout d'abord, la famille sur les suites de cet accident; voulant me renseigner moi-même sur la valeur du pronostic que j'avais porté, je fis écrire à un savant aliéniste, le docteur Morel, médecin en chef de l'asile Saint-Yon, qui répondit ce qui suit :

« La même question m'a été posée il y a cinq ans par l'administration militaire, à propos d'un capitaine, qui s'était coupé la gorge et qui a guéri à notre Asile.

« La simple indication du fait vous fera voir combien, dans ces sortes de cas, le pronostic est en rapport avec la cause déterminante, ou, si vous aimez mieux, avec la nature de la folie; car il y a suicide et suicide.

« Le capitaine, revenant de l'exercice, monte à sa chambre, gai et content; il chantonnait. Il arrange son équipement et se dispose à aller dîner; mais comme il était couvert de poussière, il se lave, et se fait la barbe; en se plaçant devant sa glace, il se fait une grimace à lui-même (sic) et sans rime ni raison se coupe le cou. La plaie était affreuse, et c'est grâce à la masse énorme de graisse (le capitaine était replet), que les carotides n'ont pas été atteintes.

« J'ai répondu à l'autorité militaire qu'un suicide aussi instantané et non motivé était chose de mauvais augure : les impulsions irrésistibles de cette nature se rattachent soit à l'hérédité, soit à l'épilepsie. On me répondit que le capitaine n'était pas épileptique, mais qu'il était d'une nature bizarre. Il avait des emportements de fureur et frappait les soldats. Il avait changé cinq à six fois de régi-

ment; il avait une fois gravement insulté un général et serait passé à un Conseil de guerre, si dans ce même moment, en Afrique, il n'avait fait une action d'éclat, qui avait sauvé son régiment pendant la retraite de Constantine. Pour moi, le capitaine était un épileptique à forme larvée ; je persistai dans mon pronostic fâcheux et la suite me donna raison.

« Bien différent est le pronostic, quand le suicide est la conséquence d'un état de mélancolie proprement dite, d'un chagrin motivé, qui a amené un délire avec prédominance de destruction. Dans ces cas le suicide est un épiphénomène, et disparaît avec sa cause génératrice. J'en ai de nombreux exemples et j'ai pu constater des guérisons solides.

« L'année dernière, une veuve inconsolable, âgée de trente-deux à trente-trois ans, nous était arrivée dans un état affreux de marasme et elle portait au cou une plaie non fermée, par suite de suicide ; elle avait en outre le corps tailladé par un instrument tranchant. Elle était dans le dernier degré du marasme et voulait se laisser mourir de faim ; nous ne pouvions la faire manger qu'en l'électrisant ; la douleur seule la faisait céder ; plus tard, nous avons employé l'hydrothérapie, puis les ferrugineux, car elle avait une perte utérine énorme, à la suite d'un avortement ; bref, la malade a guéri et depuis..... s'est remariée.

« En résumé donc, quand le suicide n'est pas le résultat de ces impulsions irrésistibles dues à l'influence héréditaire, à l'épilepsie avec accès, ou à l'épilepsie larvée, il ne faut pas se hâter de porter un pronostic fâcheux. Autrefois les aliénés suicides étaient regardés généralement comme incurables ; on ne raisonne plus de même aujourd'hui. On raisonnera mieux encore sur tout cela quand on se placera mieux au point de vue de la pathogénie des affections nerveuses et qu'on sera persuadé qu'il faut rattacher, le plus que l'on peut, les effets à leur cause. En dehors de cette manière de voir, je ne vois pas qu'il soit possible d'établir la thérapeutique des maladies mentales. »

Le cas de la femme Gautier, qui fait le sujet de ma communication appartient à la seconde catégorie des faits cités par M. Morel. Voici six années que la guérison se maintient, nous avons tout lieu de penser qu'elle sera définitive. Dr Pelletier fils,

à Beaulieu-sous-Napoléon (Vendée).

BIBLIOGRAPHIE.

De l'électrisation localisée, et de son application à la pathologie et à la thérapeutique, par M. le docteur G.-B. Duchenne (de Boulogne), lauréat de l'Institut de France et de l'Académie de médecine (prix Itard), lauréat du concours Napoléon III sur l'électricité appliquée, membre titulaire de la Société de médecine de Paris, membre correspondant des Académies, Universités et Sociétés de médecine de Dresde, Florence, Gand, Genève, Kieff, Leipsig, Madrid, Moscou, Naples, Stockholm, Vienne, Wurtzbourg, etc., chevalier de la Légion d'honneur. Deuxième édition, entièrement refondue, avec dix-sept figures dans le texte et une planche lithographiée.

Quand on compare les résultats positifs qui correspondent aujourd'hui dans la science à cette branche de l'électricité qui s'appelle l'*électricité médicale;* quand on compare, disons-nous, ces résultats avec ceux qui y figuraient au même titre, il y a seulement quelque vingt ans, on pourrait presque se demander si, dans l'un et l'autre cas, c'est d'un même ordre d'études qu'il s'agit, si c'est à mettre en lumière les lois d'une même force qu'on s'applique, tant sont différentes les méthodes mises en usage pour atteindre le but proposé, tant est divers le caractère des résultats obtenus, signalés. Ce progrès incontestable, qui a permis à MM. Littré et Robin de dire « que l'électricité médicale occupe aujourd'hui un rang élevé dans la science, » nous avons le droit de le proclamer hautement ici, avec les savants éminents que nous venons de citer, c'est à M. Duchenne (de Boulogne) qu'il est dû. Quelques inventeurs à la suite, qui ne savent que bégayer les leçons des autres, ont pu chicaner notre savant et laborieux confrère sur ce point ; mais c'est là le côté humain des choses ; c'est la rançon de toutes les gloires : M. Duchenne ne devait pas plus qu'un autre échapper à cette loi. Il peut s'en consoler d'autant plus facilement aujourd'hui, qu'à peine si ces voix discordantes s'entendent au milieu du concert d'éloges qui accueillent de toutes parts ses importants travaux. Comme ce que je dis là c'est le secret de tout le monde, il n'est pas besoin d'y insister davantage, et je vais de suite m'occuper du livre, au lieu de l'homme ; c'est moins agaçant pour le lecteur, suivant l'expression d'un moraliste qui a dit d'assez gros mots à l'humanité.

Nous ne suivrons pas l'auteur dans les chapitres, assurément fort intéressants, dans lesquels il expose les notions précises qui doivent mettre le lecteur à même de comprendre les faits nombreux qui vont se dérouler sous ses yeux, en les rattachant à la théorie générale de l'électricité. Bien que, dans ces recherches, les expériences

nombreuses sur lesquelles reposent ces notions fassent le plus grand honneur à l'esprit sagace, laborieux de notre savant confrère, nous supposerons ces notions connues, et indiquerons sommairement les maladies principales dans lesquelles l'électrisation localisée a été employée, et les résultats thérapeutiques qui ont suivi ces applications. C'est surtout dans la grande classe des maladies dans lesquelles s'observe une paralysie plus ou moins étendue du sentiment et du mouvement que l'électricité localisée a été appliquée par M. Duchenne (de Boulogne) ; et ces paralysies sont aussi variées dans leurs formes que dans les causes mêmes qui les produisent. Les premières paralysies dont notre habile confrère s'occupe dans son livre sont les paralysies consécutives aux lésions traumatiques des nerfs mixtes. L'auteur montre que, dans l'immense majorité des cas, la faradisation localisée guérit les paralysies consécutives aux lésions traumatiques des nerfs. Sous l'influence de cette lésion, la nutrition musculaire est altérée par le fait de l'interruption de l'influx cérébro-spinal, et, dans une certaine mesure, la faradisation répétée plus ou moins fréquemment remplace l'innervation momentanément absente; puis, quand la réparation du traumatisme permettra le retour de l'influence nerveuse, le muscle, entretenu dans sa vie, répondra d'une manière normale à cette influence. M. Duchenne a rapporté, dans cet ordre de recherches, des faits si remarquables, disons-le, si imprévus, qu'on l'a accusé tout au moins d'avoir exagéré les résultats. Pour nous, nous ne croyons point à ces exagérations; et quand nous voyons l'auteur affirmer dans cette édition nouvelle de son ouvrage les faits qu'il avait avancés dans la première, nous nous inclinons, et sommes heureux d'accepter les résultats d'une expérience qui agrandissent le domaine de la thérapeutique efficace. Comme le disait dernièrement un critique habile, l'extraordinaire dans les sciences c'est l'inobservé; il n'y a d'impossible que ce qui est contradictoire. Comme c'est là une des applications de la faradisation qui se rencontrent le plus souvent dans la pratique, qu'on nous permette de reproduire ici textuellement le résumé succinct de M. Duchenne sur ces applications : « En résumé, dit l'auteur, toute paralysie consécutive à la lésion traumatique des nerfs, dans laquelle la contractilité électro-musculaire n'est pas abolie, doit être soumise le plus tôt possible au traitement par la faradisation localisée : lorsque la contractilité électro-musculaire est perdue, ou que du moins elle n'est pas appréciable à nos moyens d'investigation, ce qui annonce que la force nerveuse spinale n'arrive pas aux muscles, il faut attendre que la

lésion nerveuse soit réparée, c'est-à-dire, quatre, six, huit ou dix mois, d'autant plus tard que la sensibilité musculaire est plus diminuée. Alors la faradisation a des chances de succès; son application est même nécessaire. »

La paralysie dont s'occupe l'auteur, après celle dont nous venons de parler, est la paralysie spinale. Nous sommes déjà loin du temps où M. Cruveilhier déclarait, sous une forme aphoristique trop absolue, que la substance nerveuse ne se régénère pas. MM. Brown-Sequard et Follin ont constaté que les cicatrices des plaies anciennes de la moelle épinière renfermaient des fibres nerveuses ayant tout à fait l'aspect normal, et se continuant avec les fibres des parties intactes de la moelle. De là des guérisons possibles et des guérisons réelles, parfaitement authentiques, dans lesquelles on a vu la sensibilité et le mouvement se rétablir à la suite de lésions de cet ordre; de là la légitimité des applications de l'électricité localisée soit au système des muscles compromis par cette lésion, soit même par la faradisation directe des nerfs moteurs, en mettant ainsi en jeu la propriété réflexe de la sensibilité.

J'indiquerai encore sans m'y arrêter, les chapitres où l'auteur traite successivement des applications de l'électricité localisée à la paralysie atrophique graisseuse de l'enfance, aux paralysies saturnines, dont il sépare à tort, suivant nous, les paralysies, suite de la colique dite végétale, aux paralysies cérébrale, hystérique, rhumatismale, et la paralysie de la sensibilité, et de l'aptitude motrice indépendante de la vue, pour arriver de suite à deux des plus importants chapitres de cet ouvrage si plein de choses neuves, originales, et qui ont trait à l'atrophie musculaire graisseuse progressive et à l'ataxie locomotrice.

Il résulte des recherches de M. Duchenne et de celles de notre regrettable confrère Aran, que la première de ces maladies a été positivement observée par quelques médecins attentifs qui, sans saisir ce qu'elle était, affirment au moins ce qu'elle n'était pas. Mais ce n'est que de nos jours, et nous pouvons le dire, ce n'est que depuis les recherches de M. Duchenne que l'atrophie musculaire progressive a été nettement définie et est entrée, pour n'en plus sortir, dans le cadre nosologique, comme une entité morbide parfaitement caractérisée. L'auteur s'est attaché, dans cette partie importante de son travail, à différencier cette maladie d'un certain nombre d'affections, dont le trait principal est également une altération dans la nutrition normale des muscles; et le tableau qu'il a tracé des symptômes spéciaux, et surtout de la physionomie

spéciale de la maladie, si l'esprit s'en est bien pénétré, doit, dans presque tous les cas, permettre d'éviter l'erreur. Le traitement applicable à cette maladie est également tracé d'une main sûre. Il résulte de l'expérience déjà étendue de M. Duchenne sur la thérapeutique applicable à l'atrophie musculaire graisseuse progressive, que l'électrisation localisée habilement maniée, forte sans être trop prolongée, car alors elle pourrait consommer la ruine des muscles, il résulte de cette expérience, répété-je, que l'électrisation localisée est la médication la moins incertaine dans cette singulière maladie; mais en esprit droit, et qui ne s'absorbe point dans son point de vue principal, notre savant confrère pose en même temps qu'il faut seconder cette médication par un régime tonique, et notamment par l'application judicieuse de la gymnastique suédoise, sorte d'entraînement localisé, et qui consiste essentiellement à provoquer la contraction volontaire des muscles dont on veut activer la nutrition suspendue ou déviée de son type normal.

Ce travail d'étude sagace, de délicate analyse, que nous nous plaisons à constater dans le chapitre qui traite de l'atrophie musculaire graisseuse progressive, nous le trouvons également, et avec un caractère plus net encore dans le chapitre suivant, et où M. Duchenne trace l'histoire de l'ataxie locomotrice. Cette maladie, plus commune que la précédente, les médecins qui ont à cœur que leur pratique ne soit pas au-dessous du niveau de la science, ne sauraient l'étudier avec plus de fruit que dans l'ouvrage dont nous parlons en ce moment. L'auteur s'est surtout appliqué à saisir cette affection dans quelques-uns de ses traits qui la traduisent quelquefois longtemps avant qu'elle soit caractérisée par des symptômes plus topiques, si nous pouvons ainsi dire. C'est ainsi qu'une diplopie passagère, une blépharoptose, un strabisme également passagers, s'ils coexistent, avec des douleurs comme fulgurantes, qui se font sentir de loin en loin, dans diverses régions du corps, peuvent faire légitimement redouter le développement ultérieur de la maladie. M. Duchenne cite à cet égard des faits extrêmement intéressants, et qui ne laissent point de doute sur la signification grave de ces symptômes précurseurs, quand ils se produisent dans un certain ordre d'évolution. Nous ne ferons sur ce point qu'une remarque critique, c'est que nous craignons que notre honorable confrère, quand il considère isolément quelqu'un de ces symptômes, ne s'en soit un peu exagéré la signification séméiologique; ce que je dis là, je le dis surtout des douleurs fulgurantes dont je parlais tout à l'heure, et qui ne me paraissent pas, dans tous les cas au

moins, avoir la portée qu'on leur suppose ; car si nous ne nous trompons, nous avons rencontré chez les personnes nerveuses des douleurs du même caractère, qui ne dénonçaient en aucune façon l'ataxie locomotrice. M. Trousseau rapportait naguère, dans une de ses leçons cliniques à l'Hôtel-Dieu, l'histoire d'un vieillard de Tours, auprès duquel il fut appelé en consultation. On considérait ce vieillard comme atteint d'hémiplégie ; le savant professeur reconnut bientôt que c'était une complète erreur : les muscles avaient conservé toute leur énergie contractile ; seulement cette force incoordonnée par le système nerveux malade était un obstacle à la marche. Pour rendre plus saisissante l'erreur commise, en prince de la science, le professeur de Paris fit monter le médecin qui avait erré dans son diagnostic sur les épaules du malade qui, guidé lui-même par des aides, marcha sans fléchir sous ce fardeau insolite. Nous ne doutons pas que M. Duchenne ne connaisse ce fait, qui a dû faire sourire Récamier dans sa tombe, et nous regrettons qu'il ne l'ait pas rappelé dans son livre : cela fait tableau et se retient, *segnius irritant quæ demissa per aurem, etc.* En somme, le chapitre étendu qui traite, dans le livre de notre confrère, de l'ataxie locomotrice, est certainement une des monographies les plus intéressantes de la médecine contemporaine, et il n'est peut-être pas un seul médecin, portât-il un des plus beaux noms dans la science, qui ne le lût avec profit.

Une foule d'autres sujets sont traités dans l'ouvrage que nous venons de parcourir d'une manière si rapide, qui n'intéressent pas moins la pratique que ceux auxquels il touche plus particulièrement. C'est ainsi que l'auteur, qui est constamment en vedette, son appareil d'induction à la main, n'a point laissé passer la question de la spécificité de la paralysie diphthéritique, sans l'étudier à son tour à son point de vue. La conclusion à laquelle il arrive sur ce point, et nous l'acceptons complétement, c'est que cette paralysie diffère essentiellement de celle qui s'observe quelquefois dans la convalescence d'un certain nombre de maladies aiguës, qu'elle a une marche, un ordre d'évolution qui l'en séparent absolument ; elle a infiniment plus d'affinité avec les paralysies qui se lient à certaines intoxications, celle qui est produite par le sulfure de carbone, par exemple.

Forcé de nous arrêter ici, bien qu'à regret, nous ne voulons point finir cette courte notice sans appeler d'une manière particulière l'attention du public médical sur ce livre, qui ne paraît un peu confus que parce qu'il touche à une foule de choses, et, sans

engager notre laborieux, notre sagace confrère à poursuivre des recherches qui ont déjà projeté sur un grand nombre de questions les lumières les plus vives et les plus imprévues. Si noblesse, qui n'est que fiction, oblige, gloire personnelle, qui est vérité, oblige bien plus impérieusement encore.

BULLETIN DES HOPITAUX.

Hypertrophie extrêmement considérable d'une des amygdales. — Ablation au moyen de l'écraseur, sans hémorrhagie. — L'engorgement chronique des amygdales, suite d'angines répétées, est chose commune, surtout chez les enfants. Mais ce qui l'est beaucoup moins, c'est de rencontrer une augmentation de volume aussi considérable que celle dont il est question dans les exemples qui vont suivre. Dans les cas ordinaires, quand les autres moyens de traitement ont échoué, et c'est ce qui arrive le plus souvent, l'excision est le seul recours auquel on puisse demander, avec la guérison du mal, l'éloignement des inconvénients plus ou moins sérieux qui en dépendent, et c'est en général avec le bistouri ou le tonsillitome que cette opération est pratiquée. Mais il n'en peut être de même quand on a affaire à une excessive hypertrophie de ces glandes; car l'anneau du dernier de ces instruments est d'un trop petit diamètre pour pouvoir embrasser la tumeur, et si l'on se servait du bistouri, il y aurait à craindre une hémorrhagie sérieuse, en raison de la large surface de la plaie, en raison aussi de ce que, dans de telles circonstances, le sujet se trouve nécessairement anémié par suite de la gêne que la présence de la tumeur apporte à la respiration et à l'ingestion des aliments.

L'hypertrophie amygdalienne portée à un degré aussi considérable est tellement peu commune que beaucoup de chirurgiens d'une très-vaste expérience n'en ont jamais rencontré d'exemple. C'est la première fois, en effet, dans la pratique de M. Lawrence et de M. Skey, qu'un cas pareil s'est présenté dernièrement à l'hôpital Saint-Barthélemy.

Un robuste laboureur, âgé de quarante ans, mais paraissant alors en avoir cinquante-cinq, fut admis à l'hôpital dans le courant du mois de juin dernier, pour un engorgement chronique de l'amygdale droite, qui déterminait une assez notable incommodité, mais n'était pas d'un volume extraordinaire. L'excision fut faite au moyen du tonsillitome; le malade se rétablit et retourna chez lui à la campagne. Mais vers la fin de septembre il revint à l'hôpital, avec des

symptômes très-prononcés de dysphagie, de dyspnée et d'aphonie incomplète. En examinant le gosier, on trouva que toute la partie postérieure de la bouche était remplie par une tumeur volumineuse, qui semblait obstruer entièrement le passage en arrière, tant vers l'œsophage que vers le larynx. On reconnut facilement que la tumeur était formée par la tonsille droite, celle-là même qui avait été précédemment engorgée et excisée. Le malade se trouvant en danger de périr de suffocation, M. Lawrence se décida à enlever la tumeur. Mais il était impossible, à cause du volume qu'elle présentait, de faire usage de l'amygdalotome, et comme, d'un autre côté, il y avait lieu de redouter une hémorrhagie si l'on avait recours à l'instrument tranchant, le chirurgien donna la préférence à l'écraseur. L'instrument fut appliqué autour de la tumeur, la chaîne en embrassant la base tout contre la paroi du pharynx; elle fut ensuite serrée d'une manière graduelle, et dans l'espace d'un quart d'heure la tumeur se trouva détachée. Il n'y eut aucune hémorrhagie. Le patient éprouva un soulagement immédiat et décisif. Pendant la durée de l'opération, qui fut faite sans chloroforme, il était assis sur une chaise; il eut quelques accès de dyspnée et de fréquentes envies de vomir. La tumeur avait la grosseur d'un œuf de poule. Elle était lobulée, sans dureté, et, à la section, elle présentait les caractères de l'hypertrophie simple du véritable tissu glandulaire, sans aucune apparence de malignité. Elle n'offrait aucun dépôt de fibrine, et rien dans l'histoire du malade ne donnait lieu de penser qu'elle fût la conséquence d'une inflammation.

Nous ne savons si quelqu'un de nos lecteurs aura eu occasion de voir des cas de ce genre. Mais il faut bien qu'ils soient rares, puisque c'est le premier qui se rencontre dans la pratique d'un chirurgien tel que M. Lawrence. Pour nous, non-seulement nous n'en avons jamais observé, mais nous n'avons trouvé aucune mention de quelque chose de semblable dans les divers auteurs, soit de chirurgie, soit d'anatomie pathologique, que nous avons pu consulter sur ce sujet. Voici, toutefois, un autre exemple analogue, que nous empruntons à la même source que le précédent, et qui a été publié sous le titre de : *Amygdale monstrueuse* (monster tonsil), dans la Lancet (vol. II, 1858, p. 522), par M. Falloon, de Liverpool.

La tumeur hypertrophique de l'amygdale, dans ce cas, siégeait du côté droit, chez un homme âgé de vingt-quatre ans. Elle donnait lieu à une grande gêne de la respiration, de la parole, de l'odorat et de la déglutition. Elle était inégale à sa surface, du volume d'un œuf, et remplissait toute la partie postérieure de la bouche, de telle sorte qu'il n'existait aucune ouverture par laquelle l'air pût de cette cavité passer dans les voies respiratoires. La luette était comprimée derrière le voile du palais, et ces parties étaient ulcérées par suite de l'accroissement et de la pression de la tumeur. On y sentait des nodosités, elle était dure et mobile, et était survenue à la suite de l'impression du froid quelques mois auparavant. M. Falloon es-

saya de passer une ligature autour de sa base, mais sans succès, à cause de son volume et du danger de suffocation auquel donnaient lieu les manœuvres. L'anneau de l'amygdalotome n'aurait pas admis le quart de la tumeur. Le chirurgien ne vit pas d'autre alternative que de l'exciser par parties et d'en faire l'ablation morceau par morceau. L'opération fut pratiquée par ce procédé : la totalité de l'excroissance fut de cette manière enlevée avec succès, et heureusement la perte de sang ne fut pas excessive. La tumeur, dit l'auteur, avait occupé la totalité du pharynx.

En rapportant le fait qu'on vient de lire, nous ne nous sommes pas proposé seulement de rapprocher deux cas pathologiques analogues, tous deux remarquables par le développement inusité de tumeurs qui n'atteignent pas d'ordinaire un pareil volume. Nous avons eu en vue aussi de mettre nos lecteurs à même de faire le parallèle des deux procédés opératoires mis en usage, parallèle d'où ressort avec toute évidence, bien que le succès ait été obtenu chez l'un et l'autre malade, la supériorité incontestable de l'emploi de l'écraseur de M. Chassaignac.

Atrésie congéniale du rectum a deux centimètres au-dessus d'un anus bien conformé, chez un enfant du sexe masculin. — Tentatives infructueuses pour établir le cours des matières fécales. — Établissement d'un anus artificiel dans la région lombaire gauche. — Dans l'article sur la valeur de l'entérotomie lombaire et iliaque dans les cas d'imperforation rectale, que nous avons publié à propos d'une discussion qui s'était produite à l'Académie de médecine, en août 1856 (voir t. LI, p. 113), nous avons fait allusion à un fait tiré de la pratique de M. Amussat, et qu'il se proposait de communiquer à la savante compagnie. La famille de notre regretté confrère vient de nous adresser cette observation inédite ; nous nous empressons de la publier.

Obs. « Le 20 mai 1852, M. le docteur Vigny me fit appeler pour un enfant du sexe masculin, né le 18, qui n'avait pas rendu de méconium, et chez lequel on avait constaté une oblitération du rectum à deux centimètres au-dessus de l'anus, bien conformé du reste. Après avoir examiné cet enfant, bien développé et offrant les apparences de la plus belle santé, je mesurai avec une sonde la hauteur à laquelle se trouvait l'obturation ; puis avec le petit doigt je cherchai à sentir le cul-de-sac terminal de l'intestin ; mais, après un examen minutieux, il me fut impossible de trouver la moindre fluctuation. L'urine avait une couleur brune, elle tachait les linges, mais elle ne contenait aucune trace de méconium. Comme cet enfant était très-fort et que son ventre n'était pas encore distendu, je proposai d'attendre jusqu'au lendemain, avant de pratiquer une

opération, destinée à établir le cours des matières intestinales par la voie naturelle.

« Le 21, MM. Vigny et Le Vaillant, ainsi que mon fils, se joignirent à moi, pour reconnaître si l'intestin pouvait être senti au-dessus de l'oblitération ; mais ce nouvel examen ne fut pas plus heureux que celui de la veille. Toutefois des accidents graves commençaient à se manifester, le ventre se ballonnait, et quelques vomissements ayant eu lieu, il ne me parut plus possible de différer l'opération. Quoiqu'il n'y eût pas de certitude de rencontrer l'intestin dans le bassin, je pensai, néanmoins, qu'il fallait commencer par chercher à établir le cours des matières intestinales par l'anus.

« L'enfant étant placé sur une table, les jambes relevées et maintenues, la tête soutenue par une garde, qui de temps en temps devait lui mettre dans la bouche son doigt trempé dans de l'eau sucrée, je commençai par inciser l'anus en arrière, puis je divisai dans ce point tous les tissus pour mettre à découvert la cloison obturatrice. Je la saisis alors avec un tenaculum, et je l'incisai en arrière assez largement pour me permettre d'introduire très-facilement mon petit doigt, et de chercher à sentir le cul-de-sac intestinal distendu par le méconium. N'ayant rien trouvé, je continuai l'incision des tissus en arrière et en haut, et je remontai ainsi dans le bassin avec l'espérance de rencontrer l'intestin. Pendant ces recherches, deux artères assez fortes, qui donnaient beaucoup, furent tordues. J'arrivai à pénétrer dans le bassin de toute la longueur de mon petit doigt, sans rencontrer le cul-de-sac intestinal, sans percevoir aucune espèce de fluctuation, ce qui fut aussi constaté par MM. Vigny, Le Vaillant, et mon fils.

« A cette hauteur devais-je continuer au hasard mes recherches dans cette voie? Je ne le pensai pas ; dès lors il ne me restait plus que deux partis à prendre : attendre encore, ou bien établir un anus artificiel dans la région lombaire gauche. Après en avoir délibéré avec les médecins qui m'assistaient, prenant en considération le danger de nouvelles recherches, la marche rapide des accidents, l'extrême faiblesse amenée par la douleur et la perte de sang, il fut décidé que l'opération lombaire devait être pratiquée de suite. L'enfant fut alors placé sur le côté droit, de manière à faire bomber le côté gauche. Après avoir bien pris mes dimensions, reconnu la crête de l'os des iles et la dernière fausse côte, je pratiquai une incision transversale de six centimètres d'étendue, dans l'espace compris entre les deux portions osseuses que je viens de signaler, en avant de la masse commune des muscles sacro-lombaires. Je disséquai avec précaution les tissus, et j'arrivai à l'aponévrose, que j'incisai avec beaucoup de ménagements ; au-dessous je trouvai le tissu cellulaire graisseux pelotonné, j'en excisai une petite portion avec précaution, sachant qu'il devait recouvrir le rein. Je mis ainsi à découvert un corps dur, de couleur rougeâtre, et en le touchant successivement avec le bout du doigt et un gros stylet boutonné, je constatai, par sa résistance sans fluctuation, que c'était bien le rein. Guidé par cet organe, j'agrandis la plaie en avant, et j'incisai les tissus par petits coups de bistouri

très-ménagés, pour mettre à nu le côlon dans le point où il est dépourvu de péritoine. Je vis bientôt un tissu de couleur rougeâtre et assez mou, mais ne donnant pas la sensation d'un canal rempli par des gaz, des liquides ou des matières solides. Etait-ce l'intestin ou une portion de l'épiploon? Comme j'étais convaincu de ne pas avoir ouvert le péritoine, je ne m'arrêtai pas beaucoup à cette dernière supposition. Ce tissu était-il une portion du côlon? Jusqu'alors le doute était permis, car on ne lui trouvait pas cette sensation que donne un corps distendu et élastique. Néanmoins je dégageai ce tissu par la dissection, et l'ayant saisi avec deux tenaculum, je donnai un petit coup de ciseau entre les deux instruments, il sortit des gaz; dès lors plus de doute, c'était bien l'intestin. Alors j'agrandis cette petite ouverture; des gaz et des matières bilieuses en sortirent en grande quantité, sans mélange apparent de méconium. Je retirai mes tenaculum, auxquels je substituai deux pinces à torsion, et les bords de l'intestin ayant été écartés, mon fils les fixa au pourtour des téguments, par plusieurs points de suture simple. Un autre point de suture fut pratiqué à la peau, dans le point où le rein avait été mis à découvert. L'enfant qui était très-pâle, très-affaibli, fut nettoyé, placé dans des linges blancs, et après l'avoir réchauffé, on le remit à sa nourrice. Quelques heures après il put prendre le sein.

Le soir, l'enfant était beaucoup mieux que je ne l'espérais, après les deux opérations qu'il avait subies. La nuit suivante fut bonne; il continua à teter, et le lendemain il était déjà moins pâle, et les matières sortaient facilement par l'anus artificiel.

Le 23, de nouvelles tentatives d'exploration furent faites par l'anus normal, dans le but de s'assurer encore si on ne sentirait pas le cul-de-sac intestinal, mais ce fut toujours en vain.

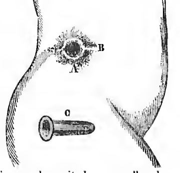
Les jours suivants l'état de l'enfant continua à s'améliorer, malgré la perturbation apportée par le décollement de la plaie de la région anale, il tetait avec avidité, les matières rendues avaient acquis la consistance et la couleur normales. Les fils qui avaient servi à fixer l'intestin ne tenaient plus qu'à la peau, l'ouverture artificielle s'épanouissait dans les efforts comme un anus normal.

Le 27, une consultation eut lieu avec MM. J. Cloquet, Velpeau et Jobert, pour discuter la question du rétablissement du passage des matières fécales par l'anus normal. Après une exploration longue et minutieuse, et une discussion approfondie sur les chances favorables et défavorables, il fut décidé que pour le moment il fallait surseoir à toute opération nouvelle.

Quelques jours après, dans la crainte que l'anus artificiel ne vînt à se rétrécir, M. Vigny et moi plaçâmes dans cette ouverture des bougies de cire, qui pénétraient jusque dans le côlon transverse.

« Dans le courant du mois d'août, il se forma des bourrelets muqueux autour de l'anus artificiel, et comme ils commençaient à gêner le passage des matières, nous les cautérisâmes avec le nitrate d'argent solide et, quelques jours après, plus fortement avec un bâton de caustique Filhos. Nous touchâmes aussi avec le même caustique les bords de l'ouverture artificielle en haut et en bas.

« Le 1er décembre 1852 l'enfant était âgé de plus de six mois, il était gai et d'une excellente santé, son développement ne laissait rien à désirer, et toutes ses fonctions s'accomplissaient avec la plus grande régularité. L'anus artificiel constituait une large ouverture, à bords vermeils, qui s'épanouissaient dans les efforts pour la défécation ou les cris. Le bouchon C (¹) que l'on plaçait dans cette ouverture était plus gros que le doigt indicateur, il entrait et sortait facilement, et les matières fécales étaient rendues sans la moindre gêne. Quant au petit cul-de-sac anal, il était dans le même état qu'au moment de la naissance. A cette époque, l'enfant quitta Paris.



Au mois d'août 1856 (²), le père de l'enfant, éloigné de Paris, en donnait des nouvelles dans les termes suivants :

« Il est naturellement bien délicat et demande une attention continuelle, mais enfin il existe, et personne, à le voir, ne peut se douter de son infirmité. Sauf quelques petites indispositions tout à fait étrangères à son état, il n'a jamais été malade ; il est alerte, gai comme tous les autres enfants, et il semble vraiment que la Providence ait voulu le dédommager, en lui donnant une rare intelligence et une ravissante figure. »

Enfin, au mois de juin 1859, M. le docteur Alphonse Amussat a eu occasion de revoir le jeune enfant opéré sous ses yeux, par son père en 1852. Il était alors grand, bien portant, et rien, dans la santé générale et dans son aspect extérieur, ne décelait l'opération qu'il avait subie. Les fonctions se faisaient très-régulièrement par l'anus artificiel lombaire, que la mère tenait ouvert, en y plaçant à demeure une bougie de cire, du diamètre d'une pièce de 1 franc, maintenue par une ceinture élastique.

RÉPERTOIRE MÉDICAL.

Ascite *guérie par une injection iodée.* Ce n'est pas un fait nouveau, c'est un exemple de succès de plus à ajouter à ceux que nous avons déjà publiés à l'appui de l'efficacité de l'injection iodée dans le traitement de l'ascite.

Une fille de vingt-neuf ans, à la suite de fièvres intermittentes rebelles suivies d'une hypertrophie de la rate, de bronchites, d'épistaxis incoercibles et d'anasarque intercurrente accompagnée d'hydropéricarde, avait une ascite essentielle, avec œdème des extrémités inférieures. M. le docteur Joseph Galli, consulté par cette ma-

(¹) L'artiste, en copiant cette figure, a oublié de retourner le dessin, de sorte que l'anus artificiel est représenté ici sur la région lombaire droite au lieu de la gauche.

(²) Postérieurement au décès de M. Amussat.

lade, eut recours aux diurétiques les plus variés et pratiqua en moins de deux ans vingt et une ponctions abdominales, à deux ou trois semaines au plus de distance les unes des autres. Il en vint, enfin, lors de la vingt-deuxième ponction, à injecter, après l'évacuation préalable de 14 litres d'un liquide séro-albumineux, une solution de 10 grammes de teinture alcoolique d'iode et 1 gramme d'iodure de potassium dans 100 grammes d'eau distillée; il pratiqua de légères pressions sur les parois de l'abdomen, et évacua, après une minute environ, la sérosité que pouvait encore contenir le péritoine, mêlée à la solution iodée décomposée, et présentant de nombreux coagulums d'albumine. Douleur vive instantanée; application d'une bandelette de diachylon simple sur la plaie et d'un bandage de corps modérément tendu; puis, péritonite à aspect grave pendant trente-six heures environ, qui fut traitée avec succès par de la glace à l'intérieur et deux cataplasmes laudanisés. Plus tard, l'usage d'une émulsion contenant 6 à 12 grammes d'acétate de potasse et quelques centigrammes de gomme-gutte dans de l'huile de ricin, amena une diurèse abondante, et la guérison se consolida. En outre, la malade avait quitté le lit huit jours après l'opération, et huit jours plus tard elle vaquait à ses occupations. Un traitement par les ferrugineux fut institué à la suite, dans l'espoir de ramener les menstrues. Il n'est pas dit dans l'observation si ce résultat a été obtenu. (*Gaz. d'ell' associat. med. Sard.*, et *Journ. de méd. de Bordeaux*, septembre 1861.)

Electricité. *Son application dans un cas de rétention du placenta.* On a préconisé l'usage de l'électricité comme moyen d'exciter ou de ranimer les contractions utérines. Voici un exemple d'application heureuse de ce procédé que M. le docteur Kuhn a faite dans un cas de rétention du placenta : Une femme multipare et bien conformée, après avoir accouché naturellement, quoique lentement, vit sa délivrance retardée par une inertie utérine dont tous les moyens ordinaires ne purent triompher. Après dix-huit heures d'attente, M. Kuhn se décida à recourir à l'électrisation des parois utérines. Il se servit de l'appareil de Legendre, introduisit une sonde d'argent dans le col, et plaça l'autre pôle sur l'abdomen. Le courant était à peine établi que l'utérus se contractait, et que le placenta était expulsé. (*Compte rendu de la Société de chirurgie*, septembre.)

Entéralgie intense *rapidement guérie par l'emploi d'une pommade belladonée.* M. le docteur Morderet, du Mans, ayant été appelé près d'une dame atteinte de coliques violentes, trouva cette malade sur le point d'expirer. Les vomissements étaient opiniâtres, les membres glacés, le pouls filiforme, la face grippée. En même temps il y avait une constipation qui avait résisté à l'huile de ricin, à l'eau de Sedlitz et aux lavements. M. Morderet prescrivit aussitôt la pommade suivante :

Onguent mercuriel double.	30 gramm.
Extrait de belladone.	30 gramm.
Camphre................	10 gramm.

Cette pommade fut appliquée en une seule fois sur le ventre et recouverte d'un cataplasme. Quelques heures après il y eut une débâcle, les douleurs cédèrent et la malade fut guérie.

Dans un cas analogue, ce médecin échoua avec cette pommade et réussit avec des lotions laudanisées. Mais cette seconde malade était chloro-anémique, et notre confrère a remarqué que l'opium agit plus efficacement que la belladone dans les divers états douloureux qui compliquent la chloro-anémie. (*Journ. de méd. et de chirurgie pratiques*, octobre.)

Ligature métallique *contre les veines variqueuses.* Le docteur Levis, de l'hôpital de Philadelphie, se loue beaucoup de l'emploi des ligatures métalliques comme moyen d'oblitérer les veines variqueuses. Il se sert d'un fil d'argent ou de fer à l'aide duquel il embrasse, sous la peau, la veine variqueuse. Une aiguille droite chargée de fil est passée sous la veine, traverse la peau du côté opposé, et revient entre la veine et le tégument à travers l'ouverture d'entrée, entourant ainsi la veine. On applique de cette manière plusieurs ligatures, dans chaque cas, en une seule séance. On tire sur les fils pour serrer la ligature, et puis on les tord. D'après M. le docteur Levis, l'emploi de ce mode de ligature aurait été toujours couronné de succès entre ses mains. Il est regrettable que nous en soyons réduit, pour l'appréciation de ses effets, à une simple assertion, et que la traduction à laquelle nous empruntons cette brève indication, ne fasse pas connaître les

résultats avec quelque détail. L'expérience ultérieure nous dira si les ligatures métalliques auront produit plus de guérisons réelles et persistantes et si elles auront causé moins d'accidents que les ligatures ordinaires. (*American med. Monthly e journ. de méd. de Bordeaux*, septembre 1861.)

Otite strumeuse *avec flux chronique et perforation du tympan; traitement par l'emploi combiné des exutoires révulsifs, des iodiques et des injections au sulfate de cuivre.* L'otorrhée a souvent pour cause éloignée la scrofule, quel que soit l'âge du sujet : sur seize observations d'otites strumeuses, M. Triquet a trouvé neuf malades âgés de vingt-sept mois à trente ans, et sept autres malades âgés de trente à cinquante ans. Comme causes prochaines de l'otorrée idiopathique, on doit compter l'otite externe ou interne, catarrhale, phlegmoneuse ou périodique, la phlegmasie de la membrane du tympan, ou bien encore la présence d'un corps étranger dans l'oreille, d'un polype, etc. La première chose à faire en pareil cas est donc d'examiner l'oreille avec un stylet, un réflecteur et un spéculum *auris*, afin d'être renseigné sur l'existence du tympan, sur son état, ou savoir dans le cas de destruction de ce diaphragme s'il existe dans l'oreille moyenne quelque fongus implanté sur le rocher, etc.

Chez un malade âgé de trente-six ans, né de parents scrofuleux, scrofuleux lui-même dans son bas âge et portant depuis quatre ans une otorrhée contractée sous l'influence d'un coup de froid, l'examen de l'oreille avait fait constater la perforation de la membrane du tympan, sans fongus ni carie; comme complications du catharre chronique de la caisse, il y avait seulement des névralgies et de la surdité. M. Triquet consulté pour ce malade, fut d'avis d'appliquer un ou deux cautères à l'apophyse mastoïde du côté affecté; il prescrivit, en outre, 1 gramme d'iodure de potassium par jour à prendre en deux fois, matin et soir, dans une tasse de gentiane, quelques pilules d'Anderson de temps à autre, une le matin, une le soir; des bains salés et iodés. Puis, il fut convenu que lorsque les cautères seraient en pleine suppuration, on chercherait à diminuer le flux morbide à l'aide d'injections substitutives. Voici celles qui lui paraissent préférables en pareil cas et dont il a fait usage chez ce malade :

Pr. Eau de roses......	30 grammes.
Sulfate de cuivre....	1 gramme.

Mêlez.

Faites tiédir au bain-marie, pour injecter matin et soir.

Dans les cas rebelles, M. Triquet touche le fond de l'oreille ou la surface malade avec un stylet garni de coton, imbibé de chlorure de zinc liquide ou de perchlorure de fer à 28 degrés sans cesser l'emploi des injections précédentes.

Cette médication exige du reste beaucoup de prudence et doit être modifiée suivant les incidents qui surgissent. Si, par exemple, l'écoulement chronique venant à diminuer trop brusquement, le malade était pris de névralgies violentes et à plus forte raison de symptômes encéphaliques, il faudrait suspendre complètement les injections astringentes et rappeler l'otorrhée par des injections irritantes, en même temps qu'on emploierait les révulsifs, les purgatifs et les sudorifiques. (*Journ. de méd. prat.*, septembre 1861.)

Paralysie progressive (*Traitement de la*) *par le nitrate d'argent.* La thérapeutique de la paralysie progressive, — nous ne parlons pas de celle des aliénés, — est très-difficile à diriger, et il est aisé de s'en rendre compte par l'état où en sont nos connaissances sur cette maladie. Les indications se réduisent à peu près à combattre les accidents et les complications à mesure qu'ils se manifestent. Appliquer un traitement, un médicament toujours le même, et l'approprier à tous les cas, dans une affection dont les conditions pathogéniques sont mal définies et probablement fort diverses, dont les lésions anatomiques échappent souvent, et d'ailleurs, quand il en existe d'appréciables, ne sont pas identiques chez tous les sujets, etc.; c'est ce qui ne paraît guère possible. Cependant M. le professeur C. A. Wunderlich signale un agent à l'aide duquel il dit avoir obtenu des résultats remarquables dans plusieurs cas de sa pratique; il le signale sans se dissimuler les objections dont est passible une telle thérapeutique, manquant de base rationnelle et purement empirique. Cet agent est le nitrate d'argent à l'intérieur, lequel, du reste, a été administré empiriquement aussi, et avec des succès incontestables, dans une autre affection du système nerveux, l'épilepsie.

C'est par hasard, et pour ainsi dire malgré lui, que M. Wunderlich fut conduit à essayer ce médicament. Une dame, à laquelle il avait été appelé à donner des soins, était prise, à chaque époque menstruelle, de crampes hystériques générales qui, quand elles étaient intenses, étaient suivies d'un état de paralysie, et, d'après son rapport, cette paralysie ne cédait qu'à l'emploi interne du nitrate d'argent. Témoin, chez cette malade, d'accidents de ce genre ayant leur siége dans les extrémités inférieures, M. Wunderlich, qui n'ajoutait aucune foi à l'efficacité du moyen en question, s'abstint de tout traitement, et la paralysie ne disparut que d'une manière incomplète pour revenir plus intense à l'époque suivante. Il prescrivit alors des pilules insignifiantes, en prévenant la malade qu'elles contenaient du nitrate d'argent, comptant sur l'influence de l'imagination pour amener des effets, comme cela se voit assez fréquemment chez les hystériques. Mais il n'en fut rien, et ce ne fut que lorsque le médicament eût été administré réellement, cette fois sans que la malade en eût connaissance, que la paralysie s'améliora et disparut en peu de temps d'une manière complète.

Le docteur Wungerlich eut alors l'idée de tenter l'emploi du même moyen dans d'autres formes de paralysie, notamment dans la paralysie générale progressive. Dans plusieurs cas, il ne put suivre assez longtemps les malades pour savoir à quoi s'en tenir; mais il fut plus heureux dans cinq qui se présentèrent dans sa pratique nosocomiale. Après s'être systématiquement abstenu d'abord de toute médication pendant un certain temps, et s'être ainsi assuré de la marche progressive de l'affection, il prescrivit le nitrate d'argent à doses croissantes, en commençant par celle de 3/20 de grain, et dans tous ces cas il obtint une amélioration considérable.

Tout en n'acceptant ces faits qu'avec toute réserve, n'est-il pas permis de se demander pourquoi l'on ne répéterait pas ces expériences dans une maladie contre laquelle nous sommes si dénués? Le moyen est empirique, il est vrai, mais l'empirisme a légué à la médecine pratique bon nombre de médicaments efficaces. (*Archiv. der Heilkunde*, 1861, et *Journ. de méd. de Bruxelles*, septembre 1861.)

Phosphore contre la phthisie. Dans ses expériences à ce sujet, faites à l'hôpital spécial de Brompton, le docteur Payne Cotton a obtenu les résultats suivants : Sur vingt-cinq phthisiques pris au hasard, auxquels il administra ce médicament, sans autre exclusion qu'un état trop avancé ou un trouble des voies digestives, dix étaient à la première période, quatre à la deuxième, et onze à la troisième, savoir : onze hommes et quatorze femmes, dont l'âge variait de dix-neuf à vingt-cinq ans. Voici le mode d'emploi : 30 centigrammes de phosphore et 30 grammes d'huile d'amandes douces étaient mis dans une fiole et exposés dans l'eau bouillante pendant une demi-heure, puis la solution refroidie était filtrée. Ce procédé, recommandé par la *Pharmacopée prussienne*, donne une solution de 20 centigrammes de phosphore, dont 5 à 10 gouttes étaient données deux ou trois fois par jour dans du mucilage et quelques gouttes d'eau de cannelle. Cet usage fut continué suivant l'effet durant une à huit semaines.

Dans quatre cas, dont trois à la première période et un à la troisième, il y eut une amélioration très-notable et même guérison apparente dans un de la première période, ou du moins le malade revint tout à fait à la santé; dans les trois autres, la toux avait diminué et la santé paraissait bonne. Une amélioration légère eut lieu dans les cinq cas ; les malades augmentèrent de poids, mais chez trois ce fut quand l'usage du fer et de la quinine eut remplacé celui du phosphore. Dans seize cas les malades restèrent dans le même état ou empirèrent ; le phosphore resta sans action apparente ; chez quelques-uns même une amélioration eut lieu ensuite par l'usage d'autres toniques. Le poids augmenta dans neuf cas, notamment de 4 kilogrammes en un mois, et de 7 en deux mois une autre fois ; il fut beaucoup moins sensible dans les autres cas, et le plus souvent d'un 1/2 kilogramme seulement par mois. L'appétit diminua notablement dans ce cas, et dans deux ou trois le phosphore détermina évidemment des troubles gastriques accompagnés de diarrhée; dans tous les autres, il resta bon et augmenta même sous son influence.

Les observations de Thompson sont aussi loin d'être favorables à ce médicament. Il le croyait utile seulement dans quelques cas comme stimulant, et administré d'une manière transitoire. En tenant compte des effets du séjour à l'hôpital, M. Cotton conclut,

avec raison, que le phosphore est sans action spécifique sur la phthisie. (*Union méd.*, septembre 1861.)

Tumeur du sein *guérie par un nouveau traitement.* Dans un intéressant travail sur les ressources dont la thérapeutique dispose pour le traitement des tumeurs du sein, M. le docteur Legrand est amené à citer le cas d'une guérison survenue à la suite de l'emploi d'une double médication que nous devons signaler à nos lecteurs. Les bons effets que M. Legrand avait obtenus de la combinaison des oxydes d'or avec les préparations de eiguë *intùs et extrà*, dans les engorgements hypertrophiques de la glande mammaire, avaient conduit ce médecin à appliquer cette médication au traitement des dégénérescences cancéreuses de cet organe. Les améliorations qu'il a obtenues n'ayant été que passagères, M. Legrand appelle l'attention de ses confrères sur les résultats qu'il a constatés à la suite de l'emploi de deux moyens conseillés par d'honorables confrères de la province. La nature de la tumeur du sein avait été reconnue cancéreuse par plusieurs chirurgiens distingués de Paris. Malgré la réserve que l'expérience nous porte à émettre, alors même que le diagnostic de ces sortes de tumeur est formulé par les hommes les plus instruits, nous ne nous empressons pas moins de consigner ces moyens. Ils consistent en 1° une médication générale prescrite par M. le docteur Lamarre-Picquot : l'usage longtemps prolongé (un an à dix-huit mois) de l'eau de mer prise chaque matin à dose légèrement purgative; 2° une médication topique conseillée plus tard, et alors que déjà l'eau de mer avait procuré une amélioration marquée, par M. le docteur Chabrely père. Elle consistait dans l'usage d'une poudre iodée (fécule de pomme de terre et iode) projetée sur une ouate maintenue appliquée sur le sein malade à l'aide d'un morceau de taffetas ciré, de façon que cet organe se trouvât sans cesse plongé dans une atmosphère de vapeurs d'iode.

Nous savons que depuis longtemps M. Lamarre-Picquot emploie avec un grand succès l'eau de mer comme traitement des tumeurs du sein, même de nature maligne, et notre savant correspondant nous avait promis l'envoi prochain des résultats de sa grande expérience à cet égard. La mention que M. Legrand a faite de cette médication engagera sans doute le médecin de l'hôpital d'Honfleur à publier prochainement son travail. (*Compte rendu de l'Acad. de méd.*, octobre.)

VARIÉTÉS.

PROTHÈSE.

Note sur un appareil destiné à un mutilé ayant subi l'amputation Chopart, et affecté de rétraction du tendon d'Achille.

Lettre au docteur Decès, professeur de clinique chirurgicale à l'École de médecine de Reims, par M. Denout.

Il n'est pas de mutilation, si petite qu'elle soit, qui, du moment où elle doit porter sur le pied, ne force le chirurgien à interroger l'état de la prothèse avant de la pratiquer. Laissez-moi en fournir la preuve, en citant l'histoire d'un de vos amputés que vous avez perdu de vue, comme trop souvent cela arrive.

M. de X***, riche négociant de Reims, revenait un soir du mois d'août 1846 de visiter ses vignes, lorsque, au tournant d'une route, sa voiture versa, et si malheureusement, que M. de X*** eut l'extrémité du pied droit complétement broyée. Appelé à lui donner vos soins, vous avez tout tenté pour le faire jouir des bénéfices d'une amputation partielle, et lui permettre de marcher sans appareil. L'événement est venu en disposer autrement. Profitant de l'étendue des téguments sains qui existaient en suffisante quantité pour recouvrir le moignon, vous vous êtes décidé à pratiquer l'amputation de Chopart; mais l'attrition

subie par les tissus et l'élévation de la température, qui régnait alors, fit que la partie moyenne du lambeau tomba en gangrène. Sous l'influence de l'inflammation des parties et privé de l'action de ses antagonistes, le triceps sural (jumeaux et soléaire réunis) se rétracta. Lorsque, deux mois après, la guérison de la plaie était complète, M. X*** ne put marcher ; son moignon était renversé en avant, comme dans le pied-bot équin, et ne pouvait poser sur le sol que par le point occupé par la cicatrice.

Une ressource restait, celle d'appliquer à ce moignon-bot le traitement formulé pour le pied équin ; la section sous-cutanée du tendon d'Achille. Vous n'avez pas manqué de la proposer à votre malade; mais celui-ci découragé et doutant du succès, s'est refusé à subir une nouvelle opération, dont il s'exagérait le danger.

Enfin, il fallut songer à faire marcher votre mutilé, et les circonstances étaient assez insolites, pour que vous ayez cru devoir recourir aux lumières spéciales d'un orthopédiste habile; vous avez fait venir M. Ferd. Martin, le chirurgien le plus compétent en fait de prothèse des membres inférieurs.

L'indication était très-nette ; l'appareil devait avoir pour effet de ramener la cicatrice du moignon en avant. Le moyen le plus simple, à notre avis, et c'eût été par lui que nous aurions voulu voir commencer les essais, était d'envelopper tout le moignon dans une guêtre en peau de chien, puis d'attacher à son extrémité antérieure une bande de tissu, ainsi qu'Ambroise Paré a donné le conseil de le faire dans les cas de paralysie des extenseurs du pied sur la jambe. En donnant à cette bande, qu'un aurait choisie de tissu élastique, une force capable d'équilibrer la puissance des muscles du mollet, on créait un appareil peu compliqué et peu dispendieux.

Voici l'appareil qu'imagina M. F. Martin pour restaurer la fonction du pied, tout en cêlant la difformité. (Nous en empruntons la description à son *Essai sur la prothèse du membre inférieur*, p. 122.)

« Une gaîne en peau solide, moulée exactement sur le moignon, est attachée à deux attelles latérales en acier, qui viennent s'articuler au niveau des malléoles avec un étrier fixé sur une semelle, aussi en acier. La semelle est garnie antérieurement d'un morceau de liége qui représente l'avant-pied. La gaîne de peau, malgré la pesanteur du corps qui repose sur elle pendant la progression, est suspendue de manière à ne jamais toucher la semelle inférieure, ni la partie. représentant l'avant-pied. Une bande de caoutchouc, croisée sur le cou-de-pied, et embrassant à la fois le bas de la jambe et le pied artificiel, ramène constamment le pied dans la flexion, lorsque le poids du corps ne repose que sur lui (voyez planche 25, fig. 2).

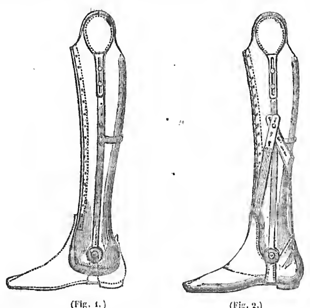
« Il résulte de cette disposition que le moignon reste suspendu, dans cette sorte de hamac, qui le maintient dans sa configuration naturelle sans le gêner, ni le blesser; de plus, le malade peut marcher sans que son moignon rencontre aucun point de l'appareil, que la gaîne en peau. Le tout est chaussé avec un brodequin ou une botte, selon le sexe de l'amputé, et dissimule parfaitement la difformité. »

M. F. Martin cite le cas d'une religieuse hospitalière qui fait usage de ce moyen prothétique, et ne le cède en rien à ses compagnes sous le rapport de la célérité et de la régularité du service. Il n'en fut pas de même de M. de X***; il ne put marcher à l'aide de cet appareil.

Est-ce parce que M. F. Martin n'y avait pas encore ajouté cette bande de caoutchouc, que nous avons figurée sur le dessin que nous avons donné de sa

jambe artificielle? ou bien ce résultat était-il dû à la difformité du moignon? C'est ce que nous ne pouvons dire, n'ayant pas assisté aux premiers essais. Toujours est-il, vous le savez, que ne pouvant marcher avec cet appareil, M. de X*** quitta Reims pour venir habiter Paris, afin d'être plus près des fabricants auxquels il devait s'adresser, pour lui créer un modèle qui lui permît de quitter ses béquilles.

Ce dont vous ne pouvez vous douter, surtout lorsque je vais tout à l'heure décrire l'appareil qui est venu enfin réaliser son désir, c'est que M. de X*** a dû dépenser dix années et 20,000 francs avant d'atteindre le but cherché. Ce ne sont pas les sacrifices ni de temps, ni d'argent qui ont manqué, et ces derniers ont été accomplis de la manière la plus intelligente. En même temps qu'il faisait appel à l'industrie des orthopédistes de Paris, il adressait un moule de son pied mutilé aux fabricants les plus famés de l'Allemagne et de l'Angleterre. Non-seulement il payait largement le prix de tous les essais, mais il faisait savoir dans les ateliers qu'il donnerait une gratification de 1,000 francs à l'ouvrier qui aurait confectionné l'appareil avec lequel il pourrait marcher.



(Fig. 1.) (Fig. 2.)

Malgré ces excellentes conditions d'expérimentation, M. de X*** est resté, nous l'avons dit, dix années à attendre la création de l'appareil désiré. Il en était venu à un tel degré de découragement qu'il fut trouver M. Velpeau pour le prier de lui amputer la jambe au lieu d'élection, afin de pouvoir marcher avec un pilon. M. Velpeau s'y refusa et l'adressa à M. Béchard père, pour qu'il cherchât à son tour à remédier à son infirmité.

Cet intelligent orthopédiste, après avoir examiné la forme du moignon, et les divers modèles créés par ses confrères, arriva enfin à faire marcher votre mutilé à l'aide d'un appareil dont nous devons ne pas laisser perdre la disposition.

Ainsi que le représentent les figures ci-jointes, c'est le modèle de M. Ferd.

Martin heureusement modifié. Comme le montre la figure 1, il se compose d'une gaîne suspendue sur deux attelles latérales ; mais l'étrier, au lieu d'être fixé à une semelle en acier qu'on introduit dans une chaussure quelconque, ce qui cèle plus complétement la difformité, est attaché à la chaussure, ainsi que le montre la figure 2. De plus, en avant et en arrière du point d'appui, M. Béchard a placé des tendons qui viennent s'attacher aux attelles latérales, et font mouvoir le pied artificiel constitué par le soulier.

Quand on compare le modèle de M. F. Martin et celui de M. Béchard, on s'étonne, et à bon droit, comment il a fallu dix années de recherches, d'essais, confiés aux plus habiles orthopédistes du monde, pour amener ce résultat. Nous expliquons le fait d'abord par la tendance qu'a chaque industriel, surtout parmi les plus renommés, à ne vouloir tenir aucun compte des essais mécaniques tentés par leurs émules, et à s'attacher à créer un modèle dont la disposition des parties leur appartienne ; ensuite par le prompt découragement des mutilés qui, dès qu'un ou deux essais ont été tentés inutilement, quittent leur orthopédiste et s'adressent à un autre qui, à son tour, est forcé de se livrer à de nouveaux tâtonnements, avant d'arriver à un résultat même incomplet.

Toujours est-il que, lorsque votre amputé a quitté Reims, vous étiez loin de vous attendre à tous les déboires qu'il éprouverait, et c'est pour en prévenir le retour que je m'empresse de placer sous les yeux des chirurgiens les dessins du modèle perfectionné par M. Béchard.

L'Association générale des médecins de la France a tenu sa séance générale, dimanche dernier, dans le grand amphithéâtre de l'Administration de l'assistance publique. L'espace nous manque pour signaler les faits importants qui ont été produits et qui témoignent d'un progrès croissant dans l'extension de l'œuvre. La séance a été suivie d'un banquet offert par le Conseil et les membres de la Société centrale aux présidents et délégués des Sociétés locales des départements. Deux cents convives se sont trouvés réunis dans les salons du grand hôtel du Louvre. Nous reviendrons sur cette fête médicale.

Le jury du concours de l'internat se compose de MM. Vidal, Bouchut, Bouillaud, Jarjavay et Laugier, juges titulaires ; MM. Bernutz et Danyau, juges suppléants.

M. le docteur Magne, médecin des crèches du département de la Seine, vient d'être nommé chevalier de l'ordre des saints Maurice et Lazare.

La chirurgie militaire vient de perdre un de ses membres les plus distingués dans la personne de M. Scrive, inspecteur du service de santé des armées, décédé à l'hôpital du Val-de-Grâce, âgé seulement de quarante-six ans.

Les journaux anglais nous apportent une fâcheuse nouvelle. Un incendie, qui a éclaté dans l'imprimerie de MM. Taylor and Grening, vient de détruire le grand ouvrage de chirurgie, édité par le docteur Costelle, et dont l'impression était terminée depuis deux mois à peine. Cette œuvre importante, à laquelle avait concouru un grand nombre de nos illustrations chirurgicales, était le premier fruit de l'alliance anglo-française dans la littérature médicale. Nous éprouvons la plus vive sympathie pour le malheur qui vient de frapper notre confrère, que nous avons vu travailler sous nos yeux à la confection de ses quatre gros volumes ; aussi sommes-nous heureux d'apprendre que la perte n'est pas aussi complète qu'on l'avait dit tout d'abord, car il paraît qu'aussitôt l'impression terminée, on avait fait porter cinq cents exemplaires dans les magasins du relieur. Malheureusement, un nombre si restreint ne suffira pas pour couvrir les frais de la réimpression et de la reproduction des nombreuses et magnifiques gravures qui illustraient la *Cyclopedia of surgery*.

Pour les articles non signés, E. DEBOUT.

THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE.

De l'huile de croton-tiglium, de ses propriétés et de ses usages.

Par M. le docteur JORET.

L'huile de croton-tiglium, l'un des agents les plus énergiques de la matière médicale, et aujourd'hui, l'un des plus usuels, est demeurée fort longtemps dans l'oubli. Originaire de l'Inde, elle a été introduite en Europe, il y a deux siècles environ. Les Portugais et les Hollandais furent les premiers à en faire usage ; elle ne fut employée tout d'abord que rarement et en tremblant par les médecins qui en redoutaient eux-mêmes les effets. En 1820, le docteur Conwel l'importa en Angleterre. En 1825 et 1826, Bailly, Récamier et Magendie firent avec cette huile des expériences physiologiques sur les animaux. Mais il faut arriver jusqu'en 1831 pour en connaître la valeur thérapeutique, qui avait été jusque-là singulièrement exagérée, puisqu'au dire de Valmont de Bomare, il suffisait de la sentir pour être très-fortement purgé. C'est depuis les beaux travaux entrepris par mon excellent maître, M. le professeur Andral, qu'on sait pertinemment à quoi s'en tenir sur les propriétés de l'huile de croton employée *intùs et extrà*. C'est à dater de cette époque qu'elle a été définitivement introduite dans la thérapeutique, et que l'on en connaît parfaitement tous les usages, comme je l'ai rapporté dans ma thèse (juillet 1833).

Depuis trente ans bientôt, beaucoup d'auteurs, parmi lesquels je citerai particulièrement Soubeiran, MM. Caventou, Bouchardat, Boudet, Dublanc, se sont livrés à de nombreuses recherches pour découvrir le principe actif de cette huile; d'autres, comme Sandras, Valleix, Piedagnel ; MM. Tanquerel des Planches, Tessier, Ricord, Nonat, etc., en ont étudié avec soin les effets physiologiques et thérapeutiques ; quelques-uns se sont plus particulièrement attachés à sa posologie, et ont cherché mille formules pour masquer l'âcreté de son goût et rendre son administration plus facile, MM. Chevallier, Stanislas Martin et Mouchon, pharmacien distingué de Lyon, sont de ce nombre. De ces différents travaux, il n'est sorti rien de neuf, et l'état de nos connaissances actuelles sur l'huile de croton-tiglium n'est guère plus avancé qu'en 1833. Je n'en excepte pas la thèse toute récente de M. Léon Marchand, qui est surtout remarquable par ses minutieuses recherches botaniques, mais

qui n'ajoute rien à ce que nous savions de ses effets thérapeutiques.

Ce travail a principalement pour but de faire connaître les propriétés médicinales de l'huile de croton, d'en préciser le mode d'emploi et les usages à l'intérieur comme à l'extérieur, et de démontrer l'énergie en même temps que la parfaite innocuité de ce précieux agent thérapeutique, lorsqu'il est manié par des mains habiles et prudentes.

Extraction. — L'huile de croton-tiglium se retire en grande partie de l'Inde ; on la prépare aussi en France avec les graines venues des Moluques et du Malabar. Le procédé le plus généralement suivi, est le procédé par expression. On réduit les graines en poudre, on les renferme dans des sacs de coutil, et on les porte à la presse. L'huile coule lentement, on la laisse déposer pendant plusieurs jours, et on la filtre. Soubeiran reprenait le tourteau déjà épuisé par une très-forte pression et le traitait par l'alcool. Ce procédé nous paraît plus avantageux, parce qu'il est plus productif. Tandis que, par l'expression seule, on ne retire que 30 pour 100 d'huile, on en obtient 50 par le traitement que nous venons de faire connaître.

Un autre procédé, celui de M. Dominé, consiste à soumettre la poudre des semences du croton à un mélange de 25 parties d'alcool à 95 degrés, et de 100 parties d'éther, dans un tube à déplacement. Le liquide est reçu dans une capsule. L'éther s'évapore aisément, l'alcool est décanté, l'huile est ensuite filtrée. M. Dublanc préfère au mélange ci-dessus l'emploi de l'éther pur. Ces deux procédés ne donnent pas un produit aussi beau ; ils sont aussi plus dispendieux.

Les graines du croton-tiglium sont souvent mélangées à d'autres euphorbiacées qui donnent une huile moins pure, et conséquemment moins active. J'ai la certitude que l'huile du jatropha-curcas qui a été autrefois préconisée par M. Caventou, est moins énergique que celle du croton. Mais ce qui explique bien mieux encore la différence que l'on observe dans l'emploi de cette huile, c'est la falsification qu'on lui fait éprouver. Souvent on la mélange dans des proportions considérables avec l'huile de ricin. Nous pourrions citer certaines maisons de commerce qui livrent, au prix de 35 francs, de l'huile de croton qui leur a coûté 90 francs. En passant par leurs mains, elle a été additionnée de quatre à cinq fois son poids d'huile de palma-christi. Il faut bien que ces industriels y trouvent leur compte ; mais les pauvres malades sont leurs victimes.

La couleur de l'huile de croton-tiglium varie selon le procédé qui

a servi à l'extraire ; elle est brune-rougeâtre, quand elle a été préparée par expression ; elle est plus colorée, quand on a eu recours à la torréfaction. Dans les deux cas, elle doit être employée telle qu'elle est, car si l'on cherche à isoler quelques-uns de ses principes constituants, on la modifie et on en altère les propriétés. Des chimistes distingués se sont inutilement occupés de retirer son principe actif. Pelletier et M. Caventou y ont reconnu de l'acide crotonique, une huile résineuse, une matière graisseuse brune, de la gomme, de l'albumine. Brandes pense qu'il existe dans l'huile de croton une huile volatile très-âcre. Dublanc et Soubeiran nient l'existence de l'acide crotonique, et admettent un principe caustique particulier à ce produit. Jusqu'à présent, dit M. Dublanc, dans un mémoire qu'il a présenté à l'Académie de médecine en 1851, ce principe n'a pas pu être extrait; il est susceptible d'être déplacé, il peut abandonner une partie de l'huile pour se concentrer dans l'autre. Le meilleur moyen de concentrer ses parties actives est de traiter une grande quantité d'huile par une petite quantité d'alcool.

M. le docteur Homollé s'est livré également à quelques expériences sur ce sujet ; il a traité par l'alcool et l'éther une certaine quantité d'huile de croton, il en a séparé une matière brune graisseuse qui lui a présenté de beaux cristaux en aiguilles. Ces cristaux essayés comparativement avec l'huile dont on les avait séparés, n'ont pas paru plus actifs que l'huile même. Les essais de notre honorable ami n'ont donc pas été plus fructueux que ceux de ses devanciers, et il faudrait encore de longues et patientes recherches pour arriver à découvrir son principe immédiat.

Pour nous, qui n'avons étudié que les effets physiologiques et thérapeutiques de l'huile de croton-tiglium, nous demeurons convaincu quelle renferme un principe âcre, dont l'action se fait ressentir sur nos tissus, selon l'ydiosyncrasie de chacun.

Emploi de l'huile de croton à l'intérieur. — *Action physiologique.* — Quand on donne une goutte d'huile de croton, soit dans une cuillerée d'eau, soit dans une cuillerée de sirop, soit en pilules, les malades accusent une saveur âcre et une sensation de brûlure qui se propage de la bouche jusqu'à l'estomac. Quelques-uns même éprouvent une douleur épigastrique assez vive ; d'autres, et c'est le plus grand nombre, ne ressentent que la chaleur de l'œsophage, sans douleur à l'épigastre. Cette chaleur disparaît au bout de quelques minutes. Une heure ou deux après l'ingestion de la goutte d'huile, l'action purgative s'exerce sur toute la longueur du tube intestinal ;

son effet est certain, il produit de huit à douze selles séreuses fort abondantes.

Quelques malades éprouvent de très-légères coliques, la plupart ne ressentent même pas de borborygmes. Le lendemain tout est rentré dans l'ordre, le ventre est souple et indolent, la langue est naturelle et la soif nulle. On peut recommencer impunément et faire prendre, tous les jours, ou tous les deux jours, pareille dose d'huile de croton, sans provoquer la moindre irritation.

Nous pourrions citer certains asthmatiques auxquels nous avons fait prendre avec succès, tous les jours, pendant plusieurs mois, une goutte d'huile de croton, sans avoir jamais provoqué la moindre inflammation gastro-intestinale. Nous avons en ce moment, dans notre clientèle, un ouvrier ciseleur en cuivre, âgé de soixante ans, atteint d'ulcères aux jambes; cet homme n'a pas cessé de travailler debout comme tous les autres. Nous l'avons soumis à l'usage de l'huile de croton à la dose d'une goutte tous les deux jours. Il y a plus de deux mois qu'il a commencé ce traitement, nous n'avons noté aucun symptôme inflammatoire, ni du côté de l'estomac, ni vers l'intestin, ni à la vessie, et ses ulcères sont aujourd'hui entièrement cicatrisés ; l'énorme quantité de sérosité qu'ils rendaient a été remplacée par des selles séreuses non moins abondantes. La santé générale de ce malade s'est grandement améliorée ; disons aussi qu'il a été soumis, au début de son traitement, à un régime tonique et fortifiant qui, dans ce cas, est d'une absolue nécessité.

L'huile de croton n'a jamais exercé une influence notable sur la respiration ; dans quelques cas, la circulation a été ralentie ; d'autres fois elle a augmenté notamment la sécrétion urinaire. M. Ricord lui reproche une action irritante sur la vessie que nous n'avons pas constatée. Ces résultats nous ont été fournis par l'observation de plusieurs centaines de malades, tant en ville que dans les hôpitaux.

Enfin, pour corroborer notre opinion sur l'innocuité de ce médicament, alors même qu'il est pris à très-haute dose, nous ne pouvons mieux faire que de rapporter succinctement les deux observations suivantes, que nous empruntons à la thèse de M. Léon Marchand :

Dans la première, il s'agit d'un malade auquel on avait fait avaler par mégarde, 20 gouttes d'huile de croton, que l'on devait employer en friction sur le ventre. Il en fut quitte pour une violente brûlure de la bouche, de la gorge, de l'œsophage et de l'estomac, qui dura jusqu'au lendemain, occasionna un très-fort mal de tête, donna lieu à quatre garde-robes très-abondantes, avec coliques vio-

lentes, renvois âcres, brûlants, mais sans envie de vomir, ni vomissements. Le malade est très-fatigué; le lendemain, le ventre n'est pas plus douloureux qu'avant son empoisonnement.

La deuxième observation est celle de M. Z***, chimiste, âgé de quarante-deux ans. Le 28 juin 1860, il prit, par méprise, 15 grammes d'huile de croton, pensant avaler de l'huile de foie de morue. Il éprouva aussitôt une sensation de brûlure dans le gosier et dans l'estomac, il eut des vomissements, et immédiatement après environ cent évacuations alvines très-abondantes.

Transporté à l'hôpital, on lui trouve la peau froide, la face, les mains et les doigts de pieds légèrement cyanosés; sens externes intacts, sensibilité cutanée normale, faiblesse, abattement très-prononcé (12 respirations pénibles), pulsations affaiblies, mais normales; ventre ballonné et sensible à la pression.

On prescrit des émulsions huileuses, du lait pur et du lait d'amandes, des fomentations froides sur la tête, un lavement d'opium à l'eau glacée.

Sous l'influence de cette médication, tout danger a cessé et la guérison est survenue au bout de deux mois.

Ces deux observations sont l'une et l'autre de véritables empoisonnements. Bien que les accidents mentionnés aient été graves, ils démontrent néanmoins que l'huile de croton est loin de justifier les craintes quelle faisait concevoir dès le principe.

On a longtemps cherché à masquer le gout âcre de l'huile de croton. Nous l'avons donnée dans de l'eau, dans du sirop et en pilules; nous l'avons aussi administrée avec l'huile de ricin, dans la proportion de 1 goutte sur 4 grammes; ce mélange est un peu moins âcre que l'huile pure, mais il n'en est pas moins fort désagréable. M. Robert, chirurgien de l'Hôtel-Dieu, a fait préparer un oléo-saccharum de croton, qui nous paraît préférable à toutes les formules ci-dessus : on verse une goutte d'huile sur un morceau de sucre qui en est bien vite imbibé, on pulvérise le sucre et on le mêle à une certaine quantité d'amidon, puis on divise cette poudre en six ou huit paquets, à prendre un paquet toutes les dix minutes dans du pain à chanter. Par ce moyen, on ne sent plus l'âcreté du médicament, mais aussi son administration exige beaucoup plus de temps.

Pour nous, nous conseillerions de renfermer l'huile de croton dans des capsules gélatineuses. On la mélange avec une certaine quantité d'huile d'amandes douces, de manière à avoir des capsules à une goutte, une demi-goutte et un quart de goutte. Ces capsules

fort petites seraient facilement avalées et ne pourraient manquer de produire leur effet.

Effets thérapeutiques. — M. Mialhe, dans son bel ouvrage de *Chimie appliquée à la physiologie et à la thérapeutique*, range l'huile de croton-tiglium parmi les purgatifs solubles coagulants : « C'est, dit-il, le purgatif par excellence, car, agissant par lui-même, et portant son action sur toutes les parties du tube intestinal, il est d'un effet presque certain. »

En 1831 et 1832, M. le professeur Andral, désireux de fixer d'une manière positive les médecins sur l'emploi de l'huile de croton, l'a administrée à tous les malades qui avaient besoin d'un purgatif, et en a retiré de merveilleux effets. C'est surtout dans les cas de constipation opiniâtre; dans les embarras gastriques et gastro-intestinaux; dans la bronchite accompagnée d'une expectoration abondante dont la suppression donnait lieu à de véritables accès d'asthme que l'huile de croton lui a fourni les résultats les plus avantageux.

L'occlusion des intestins par des matières fécales, la colique de plomb, la colique de cuivre, la colique végétale et les coliques nerveuses, quelle que soit d'ailleurs l'obscurité de leurs causes, réclament impérieusement l'emploi de l'huile de croton.

En 1839, M. Tanquerel Desplanches formulait ainsi son traitement sur la colique saturnine : une goutte d'huile de croton dans une cuillerée d'eau fraîche. Ce traitement était celui de M. le professeur Andral, en 1832; il nous donnait une guérison au bout d'un jour ou deux, trois au plus. M. Bailly, dans la colique des peintres, conseillait aussi, de préférence au traitement dit : de la Charité, l'huile de croton, dont les effets étaient beaucoup plus efficaces, et la dépense ne s'élevait pas à cinq centimes par malade. En thèse générale, on peut établir que dans la colique de plomb, de même que dans la colique de cuivre, alors que le poison ne fait qu'adhérer aux parois intestinales, et qu'il peut être entraîné par les évacuants, on devra recourir à l'emploi de l'huile de croton-tiglium, de préférence aux autres drastiques; mais si le poison est absorbé, s'il survient des douleurs dans les lombes, de la paralysie des poignets, de l'amblyopie, de l'épilepsie, l'huile de croton et tous les autres purgatifs deviennent inutiles; il faut alors avoir recours aux opiacés, aux calmants et autres agents thérapeutiques, qui ont une action spéciale sur les centres nerveux ; ce n'est qu'après la disparition des symptômes cérébraux que l'on revient à l'emploi exclusif des purgatifs.

Ainsi s'explique l'action toute spéciale du traitement de la Cha-

rité, où les purgatifs sont unis aux opiacés dans l'entéralgie et l'entéro-rachialgie saturnine. Le praticien appréciera aisément ces distinctions, dont il devra toujours tenir compte au lit du malade.

M. le professeur Fonssagrives, dans un excellent mémoire sur la colique nerveuse endémique des pays chauds, publié en 1852 dans les *Archives générales de médecine*, dit avoir employé avec avantage l'huile de croton, alors que les douleurs avaient diminué sous l'influence de la belladone administrée au début du traitement. Il se servait ensuite de l'aloès, soit seul, soit associé à l'extrait de belladone pour régulariser les selles et ménager en même temps la sensibilité intestinale. Enfin, il conclut en disant : « L'huile de croton est d'une administration facile, et a des avantages qui me font la préférer à tout autre évacuant. »

C'est dans ces circonstances qu'il a inutilement employé l'huile de croton sur un vésicatoire posé sur l'épigastre ; il n'en a jamais retiré d'effets purgatifs.

Dans l'anasarque et dans certaines hydropisies idiopathiques ou même symptomatiques d'une lésion du cœur ou du foie, l'huile de croton peut être utilisée à la dose d'une goutte tous les deux ou trois jours ; nous l'avons employée également avec succès dans la convalescence de la *phlegmasia alba dolens*.

Louseiro l'a préconisée comme emménagogue, agissant à la manière des drastiques sur la partie inférieure de l'intestin, et consécutivement sur la matrice ; mais depuis la découverte de l'apiol, tous ces médicaments ont considérablement perdu de leur valeur.

(*La fin au prochain numéro.*)

THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE.

Considérations pratiques sur les hernies ombilicales congénitales et leur traitement (1).

Par M. le docteur Debout.

Parmi les nombreux vices de conformation que l'enfant peut présenter à sa naissance, la hernie ombilicale congénitale est un de ceux dont l'étude laisse le plus de lacunes à combler. Les cas n'en sont pas rares cependant ; mais un petit nombre d'entre eux est recueilli, et lorsque les observations en sont publiées, la synonymie

(1) Extrait des Mémoires de l'Académie royale de médecine de Belgique.

de ces lésions est tellement étendue, qu'il devient difficile de rassembler tous les faits inscrits, soit dans les traités d'accouchement ou de chirurgie, soit dans les recueils scientifiques.

Les dénominations adoptées par les auteurs, en négligeant celles empruntées au langage vulgaire comme : « relaxation et enfleure du nombril, qui se fait aux enfans » (Ambroise Paré), sont nombreuses et diverses. Celle employée le plus généralement tire son nom de la région occupée par la lésion : *exomphale, omphalocèle, hernie ombilicale congénitale*. D'autres reposent sur la présence du foie dans la tumeur : *hépatomphale, hépatocèle*. Enfin ceux des auteurs qui rapportent le vice de conformation à un arrêt dans le développement de la paroi abdominale le désignent sous les noms de *hernie ventrale; éventrations ombilicales congénitales*.

Si l'on s'en tenait à ces titres, déjà si variés, on laisserait échapper encore un certain nombre de faits. Les parois de cette espèce de hernie étant formées par des membranes très-délicates, on comprend qu'elles peuvent se rompre pendant une parturition laborieuse, ou par suite de manœuvres obstétricales. Il serait donc indispensable, pour compléter l'étude de son sujet, de fouiller la série des cas de rupture du cordon produite pendant l'accouchement.

Malgré tout l'intérêt que présenteraient des conclusions basées sur un grand nombre d'observations, ce serait une tâche difficile que d'entreprendre de rassembler tous les faits connus. Pour faciliter désormais ce travail, les auteurs devront adopter un même titre général, celui de *hernie ombilicale congénitale*, sauf à y ajouter comme sous-titre, la dénomination de la tumeur : *hépatocèle*, lorsque le foie seul remplit la cavité de la hernie, ou *éventration*, si l'ouverture ombilicale envahit les régions circonvoisines, etc.

Pour nous, qui voulons aborder surtout le côté pratique de notre sujet, nous bornerons notre examen aux quelques faits complets que possède la science. Le vague des détails anatomo-pathologiques mentionnés par les anciens auteurs rend leurs observations inutiles pour la solution du problème thérapeutique.

Définition. — La hernie ombilicale congénitale se présente sous l'aspect d'une tumeur plus ou moins considérable, occupant la région d'où elle tire son nom; tumeur à parois transparentes, à travers lesquelles on aperçoit les viscères contenus dans sa cavité [1].

---

[1] La figure 1 ci-contre représente la pièce 149 des lésions du tube digestif du musée Dupuytren; fœtus mâle à terme, affecté de hernie ombilicale.

Dans leur définition de la maladie, la plupart des auteurs faisant marcher parallèlement l'étude des hernies qui se produisent avant et après la naissance, font remarquer que, dans les premières le vice de conformation est constitué non par des viscères qui sont sortis de l'abdomen, mais bien par des organes qui n'y sont pas rentrés. Nous ferons voir tout à l'heure que cette observation ingénieuse ne s'applique rigoureusement qu'au plus petit nombre des faits, et que sur les trois espèces de hernies congénitales, une seule ne présente pas de déplacement des viscères herniés. Toutefois ces hernies ne se distinguent pas seulement de celles produites après la naissance par leur apparition pendant la vie intra-utérine, elles en diffèrent encore en ce qu'elles sont recouvertes par les enveloppes du cordon ombilical. C'est là le trait le plus saillant de leur conformation.

(Fig. 1.)



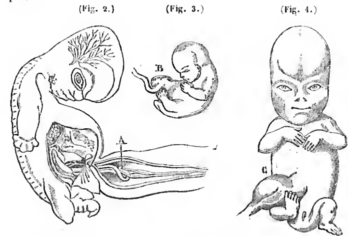
Les parois transparentes de la hernie congénitale sont constituées par deux membranes bien distinctes, entre lesquelles est déposée une couche de cette substance du cordon, que l'on désigne sous le nom de *gélatine de Warthon*. L'enveloppe la plus superficielle n'est autre que la membrane externe du cordon ombilical. Quant à l'interne elle est complétement étrangère aux éléments de ce cordon et semble formée par un prolongement très-mince du péritoine. Les phénomènes remarquables dont cette membrane est le siége, lors de la cure spontanée de la lésion, nous porte à exprimer le fait d'une manière moins affirmative que la plupart des auteurs; aucun diverticulum appartenant à une membrane séreuse dans les vices de conformation analogue, le spina-bifida par exemple, ne se comporte de la même manière. Il y a donc là une lacune à combler, mais seulement au point de vue anatomo-pathologique.

Les vaisseaux ombilicaux qui cheminent réunis dans le cordon sont dissociés par les viscères herniés. Très-écartés à la base de la tumeur, ils convergent vers un des points de la surface pour se continuer dans la partie non dilatée du cordon. Leur direction n'est

pas toujours la même, ainsi que nous le dirons en parlant du mécanisme de la production de ces hernies.

Les viscères contenus dans la tumeur sont assez généralement une portion plus ou moins considérable du foie et de la masse intestinale; quelquefois l'estomac et la rate y pénètrent également. Assez souvent une portion du foie constitue à elle seule la partie herniée; d'autres fois, mais plus rarement, ce sont les anses intestinales. La constitution diverse de ces hernies tient à l'époque différente de la vie intra-utérine à laquelle le vice de conformation apparaît.

(Fig. 2.) (Fig. 3.) (Fig. 4.)



Il existe, quoiqu'on ait contesté ce fait, deux espèces distinctes de hernies congénitales : celles produites pendant la période embryonnaire, par suite d'un arrêt dans le développement du nouvel être ; l'autre formée à la fin de la période fœtale. C'est pour ne point s'être rendu compte de cette variété des hernies congénitales que les auteurs ont pu varier quant aux causes de ce vice de conformation.

« Suivant une théorie ingénieuse, dit M. le professeur Cruveilhier, la hernie ombilicale intra-utérine serait le résultat d'un arrêt de développement; les intestins qui, d'après les embryologistes, sont d'abord primitivement situés hors la cavité abdominale dans l'épaisseur de la base du cordon ombilical, et qui entrent successivement dans l'abdomen dans l'état régulier, n'effectueraient qu'incomplétement leur entrée chez les sujets affectés de cette espèce de hernie. Mes recherches embryologiques sont tout à fait en opposition avec cette manière de voir. Dans l'état régulier, les viscères abdominaux

occupent la cavité abdominale, tout aussi bien que les poumons et le cœur la cavité thoracique, le cerveau la cavité crânienne, etc. »

Dans les sciences naturelles on doit prendre pour seul guide l'observation ; entre la nature qui dit *oui* et le maître qui dit *non*, croire la nature.

Si on jette les yeux sur les planches des ouvrages d'embryologie, on verra sur les figures des embryons de moins de six semaines, que la base du cordon ombilical est souvent dilatée en ampoule; on en trouve des exemples dans les ouvrages de Hunter, B, fig. 2, de Wrisberg, de M. Velpeau, C, fig. 3. Je possède un embryon de cet âge sur lequel on constate la même disposition ; de plus on voit à travers les membranes transparentes du cordon l'anse intestinale contenue dans sa cavité. Je dois à l'obligeance de M. le professeur Coste d'avoir pu constater le même fait sur plusieurs des plus jeunes embryons de sa belle collection du Collége de France.

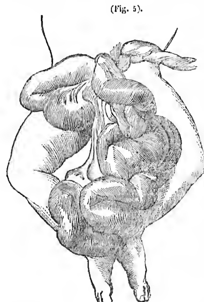
Il n'y a pas d'ailleurs de parité à établir entre la marche du développement des trois grandes cavités splanchniques, et la fig. 2 ci-contre, que nous empruntons à l'atlas embryologique de M. Coste, montre qu'au début de la vie intra-utérine le cordon ombilical est un organe creux A servant de *diverticulum* à la cavité abdominale. Cette dernière contient seulement la plus petite partie du tube digestif, ainsi que le foie et les organes urinaires et génitaux. Ne serait-ce point à la diminution de volume de certains organes temporaires, autant qu'au développement de la cavité de l'abdomen que serait dû le retrait de la portion du tube digestif, primitivement contenue dans la base du cordon ? Mais nous n'avons pas à nous rendre compte de la cause de la rentrée du rudiment intestinal logé dans le cordon. Il nous suffit de constater que le fait se produit de la septième à la dixième semaine et que lorsque l'ampoule ombilicale persiste après cette époque, elle constitue le rudiment du vice de conformation que nous étudions. (B, C, fig. 3 et 4.)

La théorie de l'arrêt de développement, comme cause du plus grand nombre des hernies ombilicales congénitales, ne s'appuie pas seulement sur la marche de l'évolution naturelle du nouvel être pendant le premier mois de la vie embryonnaire, elle repose encore sur le mode de développement du rudiment intestinal contenu dans l'ampoule ombilicale.

Il est une forme de ces tumeurs dans laquelle la portion de l'intestin normalement contenu dans la base du cordon parcourt toutes les phases de son développement dans l'ampoule ombilicale ; aussi lorsque arrive l'époque de la naissance, les parties herniées

ne peuvent être réduites dans la cavité de l'abdomen. Semblable à ces fruits qu'on introduit de bonne heure dans l'intérieur d'une bouteille et qui, à l'époque de leur maturité, ne peuvent sortir par l'ouverture du vase qui les a reçus; de même le rudiment d'intestin contenu dans la base du cordon, continuant à se développer dans la cavité de la tumeur, finit par acquérir une masse assez considérable, pour qu'il ne lui soit plus possible de rentrer dans la cavité abdominale. Ces sortes de hernies renferment seulement des anses intestinales; celles-ci appartiennent au côlon et à la fin de l'intestin grêle, portion du tube digestif contenu primitivement dans la base du cordon. La figure 5 ci-contre en est un exemple dont nous devons la communication à M. le professeur Moreau. Seulement, dans ce cas, les enveloppes du cordon n'ont pas tardé à se rompre, et les anses intestinales se sont développées librement, au sein du liquide amniotique.

(Fig. 5).



Les auteurs classiques ont passé sous silence cette forme des hernies congénitales. Son étude eût été, on le voit, un motif de ne pas contester la production du vice de conformation dans les premiers temps de la vie intra-utérine.

Il en est de même pour l'autre forme de tumeurs que les auteurs désignent sous le nom d' *éventrations ombilicales*. (La figure 1[re] représente une hernie qui appartient à cet ordre de faits.)

L'étude de la marche du développement de l'embryon vient nous rendre compte de la constitution différente de tumeurs ayant une même origine. L'anse intestinale contenue dans l'ampoule ombilicale maintient l'ouverture de l'ombilic élargie et le foie qui, au début de la vie occupe la plus grande partie de l'abdomen, a une tendance à pénétrer dans l'anneau. Une cause plus directe l'y amène et l'y maintient : ce sont des rapports avec la veine ombilicale. Ce vaisseau, qui chemine dans la partie supérieure des parois de la tumeur,

arrivé à l'ouverture de l'ombilic, va se porter dans le sillon longitudinal du foie et forme ainsi un cordon qui fixe l'organe à l'anneau. Suivant la dimension de cet anneau, le bord du foie pénétrera dans l'ouverture du pédicule de la tumeur ou restera dans la cavité de l'abdomen. Dans ce dernier cas on aura une hernie de la première espèce, c'est-à-dire contenant seulement des anses intestinales ; dans le second, le foie, en maintenant pendant toute la durée de la vie intra-utérine un certain degré d'ouverture de l'anneau ombilical, pourra permettre aux autres viscères situés dans la partie supérieure de l'abdomen de pénétrer avec lui dans la cavité herniaire. L'ampliation subie par l'ouverture ombilicale, lorsqu'une si grande masse de viscères est entraînée dans la cavité herniaire constitue une véritable éventration.

D'où deux noms pour désigner cette espèce de tumeur : *hépatomphale*, lorsqu'elle contient seulement des anses intestinales et une portion du foie, et *hernie congénitale par éventration*, lorsque la paroi abdominale est séparée dans une grande étendue plus considérable que la région ombilicale.

Quelquefois une portion de l'organe hépatique remplit seul la tumeur. La substance du foie offrant une assez grande résistance pour maintenir l'ouverture de l'ombilic largement ouverte, les anses intestinales contenues dans l'ampoule ombilicale rentrent dans l'abdomen, au fur et à mesure qu'elles se développent, tandis que le bord du foie, fixé comme nous l'avons dit, aux parois de la tumeur par la veine ombilicale, reste dans la cavité de la tumeur pour constituer un hépatocèle. (Voir la figure intercalée dans l'observation VI.)

La présence du foie dans les tumeurs, et surtout les rapports de cet organe avec leurs parois, viennent encore à l'appui de la théorie de l'arrêt de développement ; ce n'est qu'au début de la vie embryonnaire que s'établissent les connexions de la veine ombilicale et du foie.

L'adversaire le plus considérable de cette théorie, qui rattache la hernie ombilicale congénitale, de même que la plupart des autres vices de conformation, à un arrêt dans le développement du nouvel être, est M. Cruveilhier. « Je considère l'éventration ombilicale congénitale, dit-il, comme la conséquence d'une compression éprouvée par le fœtus pendant la vie intra-utérine, ou d'une attitude vicieuse, compression, attitude telles que les viscères abdominaux, refoulés en avant, se sont engagés dans la gaîne du cordon, qu'ils ont énormément distendu. — Cette théorie me paraît plus satisfaisante que celle de l'arrêt de développement... »

Les détails dans lesquels nous sommes entré suffisent pour détruire l'hypothèse du savant anatomiste, appliquée du moins aux hernies qui se produisent pendant la période embryonnaire. En admettant la compression comme seule cause de ce vice de conformation, comment concevoir la production des hernies irréductibles formées par la portion du tube digestif normalement contenu dans la base du cordon ombilical ? (fig. 5).

M. Cruveilhier ne paraît pas avoir eu l'occasion d'examiner aucun cas de cette dernière espèce de tumeur. Même lorsque les parois de ces hernies sont largement ouvertes, on ne peut réduire la masse intestinale qu'elles contiennent, car les anses intestinales ne peuvent se déplisser. Nous ferons voir tout à l'heure que l'introduction du bord du foie dans l'ouverture qui fait communiquer les cavités de la hernie et de l'abdomen est un résultat providentiel qui rend possible la guérison spontanée de la lésion.

Si nous rejetons la théorie de M. Cruveilhier en ce qui concerne les vices de conformation formés pendant les premiers temps de la vie intra-utérine, il faut la conserver toutefois pour les faits moins rares, des hernies qui se produisent dans la base du cordon, vers la fin de la gestation. Scarpa, dans son Traité des hernies, fait remarquer que si on pousse le péritoine d'arrière en avant dans l'anneau ombilical sur un fœtus de sept mois, on donne naissance à une sorte de sac herniaire, et que si on exerce une traction sur le cordon, on voit le péritoine entrer dans la base de celui-ci, sous forme d'*infundibulum*. Aussi, d'après cette expérience, Scarpa admet qu'une hernie peut se former dans le sein de la mère, lorsque le cordon se trouvant enroulé autour d'une partie du fœtus, est accidentellement soumis à quelque tiraillement. On conçoit qu'une compression de l'abdomen, venant se joindre à une tension du cordon, une hernie puisse se produire. Mais quelle différence dans la constitution, le volume, etc., de cette espèce de hernie et celle dont nous avons parlé d'abord ? Tandis que celles-ci sont constituées par une modification dans le mode normal de l'évolution du nouvel être, celle-là est une sorte de lésion acquise et accidentelle. Comme celles qui se produisent après la naissance, elle est constituée par la simple protrusion d'une anse intestinale, toujours réductible, d'un petit volume et qui ne conserve sa place parmi les vices de conformation seulement que parce que ses parois sont formées par les membranes du cordon. Ainsi deux espèces de tumeurs :

1° Celles dues à un arrêt de développement, par lequel la portion

du tube digestif, rudiment logé dans le cordon, ne rentre pas dans la cavité abdominale.

2° Les autres par déplacement d'une anse intestinale contenue dans l'abdomen, attirée ou poussée dans la base du cordon par une compression ou une attitude vicieuse du fœtus.

Si nous n'abordions pas notre sujet, exclusivement au point de vue de la pratique médicale, nous aurions à parler des cas nombreux dans lesquels le foie tout entier est logé dans la tumeur, de sorte que celle-ci est pédiculée comme la hernie qui contient seulement une portion du tube digestif. Mais aucun des embryons qui offrent cette protrusion complète de l'organe hépatique ne parviennent à un développement assez complet pour vivre, et leur étude intéresse seulement l'anatomo-pathologiste. Ce sont probablement ces faits, qui peuplent nos musées, qui ont conduit M. Cruveilhier à émettre sa théorie de l'éventration ombilicale ; théorie incomplète, car le début de ces hernies est toujours le résultat d'un arrêt dans le développement de l'embryon, auquel peuvent venir s'ajouter les effets d'une compression ou d'une attitude vicieuse, comme le pense le savant professeur.

Diagnostic. — La nature des parois de la tumeur rend le diagnostic de ces hernies des plus faciles, pour peu que leur volume soit considérable. Il n'en est pas de même lorsque la base du cordon ne contient qu'une anse d'intestin. Le déplacement viscéral passe souvent inaperçu, et l'anse intestinale se trouve étreinte par la ligature que l'accoucheur applique sur le cordon. Les accidents de l'étranglement (vomissements, ballonnement du ventre, accélération du pouls) surviennent, lorsque la cause en est méconnue, ils persistent jusqu'à la chute de la ligature. La distance de l'ombilic, à laquelle on pratique généralement la ligature, fait que le plus souvent le lien porte sur le sommet de l'anse échappé de l'abdomen, alors les enfants ne succombent pas ; une fistule stercorale est le seul résultat d'une pareille faute. Les annales de l'art contiennent bon nombre d'observations de cette suite fâcheuse à laquelle cette erreur de diagnostic a donné lieu; nous en avons publié deux pour notre part.

Le volume qu'acquièrent les hernies du début de la vie embryonnaire est trop considérable pour passer inaperçu, et la nature des parois trop évidente pour qu'on puisse méconnaître cette espèce de tumeur. Cependant Ambroise Paré cite un cas dans lequel un de ses contemporains, Me Pierre Delaroque, confondant une semblable lésion avec un abcès, l'ouvrit à l'aide de l'instrument tranchant, et l'enfant mourut.

Disons à l'honneur de notre époque qu'il serait difficile de produire un second exemple d'une semblable ignorance. C'est déjà de trop d'avoir à relever le défaut d'attention de certains praticiens, qui leur permet de poser une ligature sans examiner avec soin le cordon, toutes les fois que sa base est plus considérable que d'habitude.

Les détails anatomo-pathologiques, dans lesquels nous sommes entré relativement aux deux espèces de hernies dues à un arrêt de développement, nous permettent de ne pas insister longuement sur les signes propres à les distinguer l'une de l'autre. La forme de la tumeur, le mode de distribution des vaisseaux dans l'épaisseur de leurs parois, et par-dessus tout la réductibilité ou l'irréductibilité des viscères contenus dans leur cavité, serviront à les différencier.

Les hernies irréductibles présentent un plus petit volume, leur forme est ovoïde, leur grand diamètre dans l'axe du cordon et les vaisseaux se réunissent à son sommet [1]. Dans les autres, la base de la tumeur est toujours large, et la position du cordon circonférentielle. Si on fait attention que le foie fait partie des viscères herniés et qu'on se rappelle les rapports de la veine ombilicale avec cet organe, on s'expliquera pourquoi le cordon est situé au côté gauche de la tumeur.

Un des signes les plus précieux au point de vue du pronostic de ces hernies est, ainsi que nous le ferons voir, la réductibilité des parties contenues dans ces tumeurs; son importance est telle que nous devons présenter ici une remarque à l'égard de ce phénomène. On se tromperait, si on rangeait parmi les hernies irréductibles celles dans lesquelles les organes échappés de l'abdomen ne pourraient rentrer complétement dans sa cavité. Celle-ci étant, pendant une grande partie de la gestation, vide des organes qu'elle est destinée à contenir, ne se développe pas; aussi, lorsqu'après la naissance de l'enfant, on tente de réduire les organes herniés, la diminution de la capacité de l'abdomen ne lui permet d'admettre qu'une faible partie des viscères logés dans la tumeur. Sous l'influence de pressions douces et fréquemment répétées, l'ampliation de la cavité du ventre ne tarde pas à se produire, de sorte qu'il faudra tenir compte du degré d'ouverture de l'anneau ombilical, pour apprécier la réductibilité de la hernie.

---

[1] Ces considérations se rapportent exclusivement aux fœtus qui naissent après avoir atteint leur huitième mois de vie intra-utérine.

L'union du bord du foie avec les parois de la tumeur s'oppose ensuite à la rentrée complète de cet organe dans l'abdomen; la réduction immédiate n'est possible que pour une portion de la masse intestinale contenue dans la cavité de la hernie.

Pronostic. — Tous les auteurs anciens regardaient les hernies ombilicales congénitales comme un vice de conformation incurable : « *Hunc affectum sæpiùs a me visum,* » dit Ruysch, « *ast nunquam curatum memini ; omnes enim ab utero ad tumulum delati fuêre,* 5° 6° 7° 8° 9° *die.* » Ambr. Paré, dans le chapitre où il traite de ce sujet, rapporte qu'appelé pour traiter un enfant affecté d'une hernie semblable par l'incision de l'ombilic : « ce que je lui refusai, et lui dis qu'il *mourrait bien sans moi.* »

Quelques exemples de guérisons spontanées ont porté les chirurgiens modernes à en appeler du jugement porté par nos prédécesseurs. Seulement les uns, raisonnant *à priori,* ont basé la gravité du vice de conformation seulement sur les dimensions de la tumeur; les autres, ne tenant compte que des faits assez nombreux dans lesquels la cure a eu lieu par les seuls efforts de la nature, ont admis la viabilité de tous les enfants qui viennent au monde, sans présenter de rupture des parois de l'ampoule ombilicale.

Une étude plus complète du sujet prouve que le pronostic varie avec chacune des espèces de tumeurs que nous avons décrites; nous en trouvons la preuve dans les phénomènes qui se produisent lorsque ces hernies sont abandonnées à la spontanéité de l'organisme.

Dans les hernies de la fin de la vie fœtale et qui sont constituées par une petite anse intestinale cachée dans la racine du cordon, le pronostic est des moins graves, pourvu que la lésion ne passe pas inaperçue. On repousse l'intestin hernié et on lie le cordon comme d'habitude. Ce dernier se flétrit, et, soutenu par les pièces de pansement, s'oppose à la protrusion de l'anse intestinale pendant la cicatrisation de l'ouverture ombilicale. Celle-ci se reproduit de la même façon que dans l'état normal.

Dans les hernies par éventration, la guérison spontanée peut encore se produire; voici comment les choses se passent : le feuillet externe des parois de la tumeur, qui appartient aux membranes du cordon tombe après la naissance et se sépare à la base de la tumeur, dans le point où elle se continue avec la peau. Cette élimination du reste des organes de la vie intra-utérine est un peu plus longue à se produire que lorsque la base du cordon n'a pas subi cette énorme ampliation.

Lorsque la chute de ce feuillet a eu lieu, il reste, pour toute enveloppe à la tumeur, la membrane interne, qui se continue avec les muscles et le péritoine. Cette membrane devient le siége d'un travail inflammatoire, et se couvre de bourgeons celluleux; puis, se rétractant peu à peu, elle réduit la portion des viscères située dans la cavité de la tumeur, et finit par ramener au contact les bords de l'ouverture ombilicale.

La possibilité de la cure abandonnée à la spontanéité de l'organisme suppose donc que les organes contenus dans la tumeur peuvent rentrer dans la cavité abdominale. Les hépatomphales sont les seules qui soient dans ces conditions.

Enfin, pour les hernies dans lesquelles le rudiment intestinal a parcouru toutes les phases de son développement dans l'ampoule ombilicale, la guérison en est impossible par les seules forces de la nature. Quelque peu volumineuse que soit la masse intestinale herniée, nous avons montré qu'elle est irréductible. Les phénomènes de la guérison spontanée se produisent, mais la rétraction de l'enveloppe péritonéale ne peut avoir pour résultat que sa rupture, et le sac ouvert, l'inflammation du péritoine survient, et l'enfant ne tarde pas à succomber.

Il est une théorie que, toute ingénieuse qu'elle paraisse, nous avons cru devoir passer sous silence, en étudiant le mode de production de ces hernies, c'est celle proposée en ces dernières années par M. J. Simpson. Cet auteur suppose qu'une péritonite circonscrite cause l'adhérence d'un viscère hernié, avec quelques-uns de ces points de la gaîne ombilicale, ce viscère ne pouvant rentrer dans le ventre; l'anneau ombilical ne se ferme pas. Il cite, à l'appui de cette manière de voir, l'opinion de quelques autres auteurs. Ainsi, d'après Scarpa, « un des principaux obstacles à la réduction complète de la hernie ombilicale congénitale est l'adhérence morbide entre les intestins herniés et les parois du sac, » et il ajoute deux faits dus à Reid et M. J. Cloquet, dans lesquels il existait une péritonite circonscrite. Nous ferons observer que M. Simpson admet la préexistence de la hernie intestinale, donc la péritonite ne saurait être regardée comme cause du vice de conformation, mais seulement comme complication; circonstance dont il importe de tenir compte au point de vue du pronostic. La portion intestinale contenue dans la tumeur observée par Reid prouve qu'elle appartenait à l'espèce de hernie irréductible dont nous traitons. Du reste, ces péritonites locales et bornées à l'étendue de la tumeur, sont des accidents qui se manifestent plus souvent après la naissance; elles s'expliquent par

la nature et le peu d'épaisseur de la membrane interne qui constitue le sac.

Les faits de hernies irréductibles, dans lesquels l'art aurait à intervenir sont rares. La masse intestinale, à mesure qu'elle se développe dans l'ampoule ombilicale, en distend les parois au point de les rompre quelquefois pendant la durée de la vie intra-utérine, et les intestins flottent alors dans les eaux de l'amnios, ainsi que le montre la figure 5.

Plus souvent encore les enveloppes sont fortement amincies pendant cette ampliation, et cèdent seulement pendant le travail de la parturition; la réduction des anses intestinales n'étant pas possible, les enfants ne tardent pas à succomber à une péritonite.

On voit par ces résultats si divers combien il est important de tenir compte de la constitution anatomique des hernies pour en poser le pronostic. Les tumeurs réductibles seules sont curables, et leur guérison d'autant plus certaine que le volume des parties herniées sera moins considérable, et que le nouvel être sera plus près du terme de son développement complet.

Cette conclusion, basée sur une observation complète des faits, présente une portée pratique incontestable. L'art peut avoir à intervenir dans ces cas. Ainsi, qu'un enfant soit affecté d'une double anomalie, une hernie ombilicale congénitale en même temps qu'une imperforation du rectum par exemple, si le praticien ne sait apprécier nettement les chances de la viabilité de son petit malade, il n'agira pas quand il devrait le faire, ou interviendra quand il devrait s'abstenir.

Le plus souvent, ce sont des faits d'abstention regrettable dont nous sommes témoin, car la notion de la curabilité, même celles des petites éventrations ombilicales, n'est pas entrée encore dans la pratique courante. En voici un exemple :

En 1856, un enfant vient au monde dans les salles d'accouchement de l'Hôtel-Dieu de Paris, porteur de deux anomalies dont nous venons de parler. La tumeur ombilicale était réductible et beaucoup moins volumineuse qu'un grand nombre de celles dont on a observé la guérison spontanée. Ignorant la curabilité de ce vice de conformation, le chef du service s'est opposé à ce qu'on tentât de rétablir la continuité du rectum imperforé. Voici le passage de l'observation de cette double anomalie publiée par M. Parisot. « La certitude d'une communication entre l'intestin et la vessie, l'absence de fluctuation au périnée, et, *plus que tout le reste*, l'existence d'une hernie ombilicale dans laquelle l'intestin n'avait pour enveloppe que

les membranes du cordon, membranes tout à fait insuffisantes pour le protéger d'une manière sérieuse, éloignaient de l'esprit l'idée même d'une opération à pratiquer, soit à la région périnéale, soit dans la fosse iliaque, pour y établir un anus artificiel. L'enfant dut être abandonné à son malheureux sort.» (Gaz. des hôpitaux, 5 juillet 1856.)

Depuis cette époque j'ai été témoin d'un second fait semblable et malgré tous les exemples de guérisons spontanées de hernies ombilicales congénitales que j'ai cités, le médecin ordinaire de la famille n'a pas voulu laisser tenter l'opération de l'anus artificiel.

La résistance de ces deux confrères instruits d'ailleurs, non moins que les lacunes dans les travaux publiés jusqu'ici sur les hernies ombilicales congénitales, m'a engagé à reprendre l'étude de ce sujet, et surtout d'en faire sanctionner les conclusions par une savante académie.

Les considérations que nous venons de présenter à propos du pronostic des diverses espèces de hernies congénitales ont encore leur portée au point de vue de la question médico-légale.

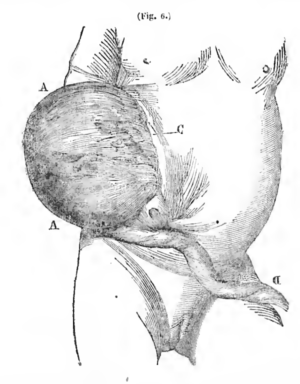
Les faits aujourd'hui nombreux de guérisons spontanées ont pu permettre à M. Cruveilhier de déclarer que les nouveau-nés, porteurs de ce vice de conformation, étaient viables. Les détails anatomo-pathologiques dans lesquels nous sommes entrés permettront de poser les limites des conditions de cette viabilité. La curabilité, dans l'état actuel de la science, est possible seulement dans les cas de tumeurs réductibles, et alors que le fœtus a atteint et même dépassé son huitième mois de vie intra-utérine. Ainsi la présomption de la viabilité des nouveau-nés sera en raison inverse de l'*étendue de l'éventration ombilicale*, et en raison directe de la *durée de la gestation*.

Traitement. — Ce que nous avons dit des résultats de la spontanéité de l'organisme dans les cas de hernies réductibles, rend notre tâche facile. Il demeure démontré par l'observation et l'expérience, qu'en face de ce vice de conformation, toutes les fois que l'enfant a atteint presque son complet développement, et que le volume de la tumeur n'est pas par trop considérable, le praticien doit se borner au rôle de ministre et d'interprète de la nature; qu'il doit se bien pénétrer de la marche qu'elle suit pour réparer la brèche formée à la paroi abdominale, afin de ne lui apporter que des secours intelligents.

La première indication doit se tirer de la constitution anatomique des parois de la hernie, ou mieux de l'état de la couche extérieure qui appartient à la gaîne du cordon. Lorsque cette membrane

présente sa densité normale, on peut se borner à la recouvrir d'un linge enduit d'un corps gras ou mieux imbibé d'huile. Mais il arrive quelquefois que cette enveloppe A (fig. 6), offre une grande ténuité et qu'elle n'est pas doublée de gélatine de Warthon. On comprend que

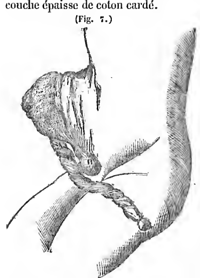
(Fig. 6.)



dans de telles circonstances la membrane péritonéale qui forme le sac de la hernie, soit exposée à s'enflammer facilement et que de grandes précautions soient nécessaires pour la mettre à l'abri de l'influence des agents extérieurs. C'est probablement dans un cas de cette espèce qu'il est venu à l'esprit d'un médecin italien, le docteur Paroli, de recouvrir la tumeur avec l'épiploon encore chaud d'un animal (obs. I). Le succès est venu couronner son essai; mais le pansement était-il renouvelé deux fois dans la journée, ou seulement chaque vingt-quatre heures; a-t-il été continué même après la chute de l'enveloppe extérieure? Nous regrettons qu'aucun renseignement ne nous ait été donné sur ce mode ingénieux de traitement.

Lorsque la tumeur est volumineuse, on doit chercher à éloigner le plus possible le moment de la chute de la couche extérieure de la hernie, afin de donner le temps à la cavité abdominale de se développer. Le moyen le plus efficace sera de combattre l'inflammation du bourrelet cutané qui cerne la tumeur et de saupoudrer la paroi externe de la hernie avec un mélange de poudres de charbon et de quinquina. Ce mode de pansement sera utile surtout dans les cas où la gélatine de Warthon qui sépare les deux membranes est abondante ; on préviendra la formation des ampoules pleines de sérosité B qui se forment alors, ainsi que le montre la figure 7. Si une apparence de putréfaction du cordon et de cette enveloppe se montrait, on ajouterait à ces poudres partie égale de chlorure de chaux. Dans tous les cas, on doit terminer le pansement en recouvrant la tumeur, et même tout le ventre de l'enfant, avec une couche épaisse de coton cardé.

(Fig. 7.)

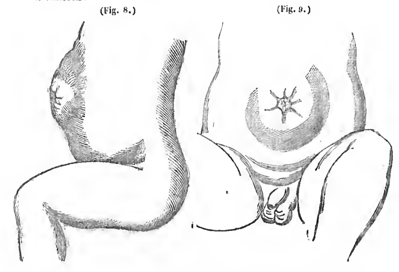


Dans les cas de guérisons que nous rapportons plus loin, une des indications qui a paru dominer aux yeux des médecins est la réduction aussi prompte que possible des viscères herniés; et quand elle peut être effectuée, nous les voyons maintenir les bords de l'ouverture ombilicale accolés, à l'aide d'emplâtres agglutinatifs, ou de la ligature des parois de la tumeur et même l'application de points de suture. Tous ces moyens sont inutiles, puisque la réduction des viscères s'opère d'elle-même par la rétraction de la membrane interne de la tumeur; une douce compression exercée avec la bande destinée à soutenir les pièces du pansement appliqué sur la tumeur, suffit pour aider la rentrée des organes qui doit se faire progressivement et lentement. Du reste, pour peu que l'éventration soit considérable, la réduction immédiate est impossible. L'abdomen ne se développe qu'en proportion du volume des organes qu'elle renferme ; or, la masse intestinale se logeant dans le cordon, la cavité abdominale est rétrécie, ainsi que nous l'avons déjà dit, et

ne peut recevoir les parties qu'on prétend y refouler. Alors même qu'on y réussirait, on soumettrait les viscères abdominaux à une compression qui serait préjudiciable à l'enfant. On doit donc se borner à de courtes manœuvres de refoulement afin de hâter l'ampliation de la cavité du ventre et la préparer à pouvoir recevoir toutes les parties herniées lorsque la rétraction du sac herniaire aura lieu. La paroi abdominale dans ces éventrations n'a subi aucune perte de substance, comme le pensait Richter, les muscles droits existent, mais ils sont rejetés de chaque côté de l'ouverture ombilicale et contribuent par leur rétraction à porter obstacle à l'ampliation de la cavité abdominale. Les manœuvres du refoulement deviennent alors indispensables, mais elles doivent être pratiquées avec ménagement dans la crainte de provoquer une péritonite locale.

Dès que la membrane externe de la hernie est tombée, ces manœuvres doivent cesser et la pression par les pièces de pansement être, elle-même, très-modérée pour ne pas réprimer le travail de bourgeonnement qui se fait sur le sac et ne pas nuire au mouvement concentrique du bourrelet cutané qui doit finir par recouvrir la tumeur.

(Fig. 8.) (Fig. 9.)



En résumé, l'intervention de l'art doit se borner, dans les cas de hernies réductibles, à des manœuvres destinées à faciliter l'ampliation de la cavité abdominale rétrécie, jointes à une compression douce exercée par la bande destinée à soutenir les pièces de pansement enduites d'un corps gras qu'on applique sur les parois de la

tumeur, puis à prévenir les accidents d'une péritonite locale et à les combattre lorsqu'ils viennent à se manifester.

Lorsque la brèche des parois abdominales est comblée, et par la rétraction du sac herniaire, et par le développement du bourrelet cutané qui entourait la base de la tumeur, toute trace de la lésion n'a pas disparu. Les tissus fibreux, qui doivent constituer l'anneau ombilical proprement dit, ont été tellement distendus par le volume des parties herniées qu'ils ont perdu la faculté de revenir sur eux-mêmes, et il reste après la guérison une proéminence de la région ombilicale (fig. 8 et 9), telle que certains auteurs continuent à désigner cette saillie sous le nom de *hernie ombilicale*. De là, une confusion qui pourrait induire en erreur ceux qui n'ont pas fait une étude spéciale du sujet, ou qu'on ne préviendrait pas du fait.

On ne doit pas craindre de voir cette légère ampliation des parois abdominales augmenter beaucoup ; aussi faut-il la maintenir par une compression très-modérée, dans la crainte de provoquer la protrusion de quelque anse intestinale par une autre ouverture. Dans les faits assez nombreux que nous avons rassemblés, nous voyons noter seulement deux fois la complication d'une hernie inguinale. Dans l'un de ces cas (obs. IX), le jeune sujet, quoique parvenu à l'âge de dix-neuf ans, et se livrant aux travaux des champs « ne portait aucun bandage, ni sur la tumeur ombilicale, ni sur la hernie inguinale, parce que tout essai de compression de l'une de ces tumeurs l'incommodait, et ne faisait qu'augmenter le volume de l'autre. » Nous ne saurions approuver cette conduite, et appelé à donner un conseil dans de semblables circonstances, nous aurions insisté sur l'application d'un bandage inguinal, tout en négligeant la compression de la saillie ombilicale ; avec d'autant plus de raison que le jeune garçon, se livrant à des occupations manuelles, est exposé chaque jour à voir sa hernie s'étrangler, ou bien l'anneau inguinal s'élargir au point qu'aucun moyen de contention ne devienne possible, et que le hernieux ne soit rendu par là impropre aux travaux corporels. C'est ce qu'a fait M. le professeur Stoltz dans l'observation de hernie ombilicale que nous avons publiée ; dès que la double hernie inguinale s'est produite, et quoique l'enfant eût moins de deux mois, il prescrivit l'emploi d'un bandage convenable, tout en maintenant la compression ombilicale, mais d'une façon très-modérée.

(La fin au prochain numéro.)

CHIMIE ET PHARMACIE.

Note sur une méthode de préparer certains extraits pharmaceutiques.

Par M. Pierlot, pharmacien.

On désigne en pharmacie, par le nom d'*extrait*, une préparation destinée à représenter, sous un petit volume, tous les principes actifs d'une substance médicamenteuse. Il est facile de concevoir les avantages qu'il y a, au point de vue de l'administration des médicaments, à rapprocher ainsi des éléments utiles, dégagés des matières inertes qui les accompagnent.

Pour arriver à ce résultat, on a imaginé de nombreux procédés, dont aucun ne remplit convenablement le but.

On comprend facilement qu'un mode de préparation employée pour une substance ne renfermant que des principes fixes, ne pourrait être appliquée à celle qui contient tout à la fois des principes fixes et des volatils.

Un procédé pour obtenir les extraits de cette dernière catégorie a été indiqué par M. Dublanc, pour la préparation de l'extrait de cubèbe. Quelque avantageux qu'il soit, ce procédé ne peut être appliqué qu'à des substances analogues au cubèbe.

Considérant qu'une plante sèche, par conséquent morte, ne renferme plus les principes de la plante fraîche ou vivante, j'ai été conduit, par mes analyses sur la racine fraîche de valériane, à imaginer un procédé qui me permît de séparer les principes volatils normalement contenus dans cette racine, d'avec les principes fixes.

Voici en quoi consiste ce procédé : Une plante fraîche, telle que l'absinthe, la millefeuille, la tanaisie, la camomille, la racine de primevère, la racine de valériane, etc., est écrasée et introduite dans un appareil à déplacement ; on la recouvre d'éther, qui chasse peu à peu l'eau de végétation, et retient les principes aromatiques volatils de la plante employée. Exemple : la préparation de l'extrait de fleurs fraîches de camomille des champs (*chamomilla vulgaris*). L'eau déplacée gagne la partie inférieure de l'entonnoir, tenant en dissolution la matière extractive, l'albumine, et quelques principes salins. A mesure qu'on la soutire, cette eau est remplacée par une nouvelle quantité d'éther; dès que l'éther ne déplace plus d'eau, les fleurs sont soumises à la presse, et traitées une dernière fois par l'éther.

Les différentes quantités d'éther qui ont baigné les fleurs sont réunies et distillées au bain-marie à 30 degrés. Cette distillation produit de l'éther à peu près inodore, et un résidu (formé d'une huile essentielle d'une coloration bleuâtre, et d'une matière grasse résineuse d'un jaune-verdâtre), possédant seule toute l'odeur de la fleur.

L'eau de végétation déplacée renferme la matière extractive et l'albumine. En l'agitant avec un peu d'éther alcoolisé, l'albumine coagulée vient gagner la surface et est séparée par la filtration ; on obtient la matière extractive en évaporant à la vapeur jusqu'à consistance voulue.

La réunion de ces deux résidus donnera un extrait odorant qui représentera très-fidèlement tous les éléments solubles et actifs de la plante.

Un fait remarquable, c'est que toutes les fleurs et les racines fraîches, que j'ai traitées ainsi, m'ont fourni des quantités à peu près identiques d'extrait, environ 10 pour 100, dont deux parties de principes aromatiques et huit parties en matière extractive.

Je crois inutile d'insister sur les avantages thérapeutiques et pharmacologiques de cette méthode de préparation des extraits des plantes aromatiques. Je ferai seulement remarquer qu'au point de vue de la pharmacie, ce procédé constitue un commencement d'analyse, par conséquent de titrage de ces médicaments.

Je ferai remarquer enfin que pour que ce procédé, ainsi que tous les autres, donne les meilleurs résultats possibles, il est nécessaire que la racine de la plante ait été recueillie au milieu de l'intervalle qui sépare deux floraisons. S'agit-il, par exemple, de la primevère, comme elle fleurit en mars et avril, sa racine devra être récoltée en septembre et octobre.

C'est en me soumettant à cette règle que j'ai obtenu les proportions indiquées ci-dessus.

Formules pour l'emploi du tannin, comme antipériodique.

Au début de ce siècle, un médecin italien, le docteur Pezzoni, proposa l'emploi de l'acide tannique comme fébrifuge ; vers 1840, M. le docteur Chassurel essaya de rappeler l'attention sur la propriété antipériodique du tannin administré à la dose progressive de 60 centigrammes à 2 grammes, dans 150 grammes de véhicule, à prendre par cuillerée à bouche, de trois en trois heures, pendant l'apyrexie. Suivant M. le docteur Leriche (de Lyon), qui vient de se livrer à une expérimentation suivie de ce médicament, cette dose

était trop faible et surtout trop fractionnée. Voici comment il formule cette médication dans le Journal de médecine de Bruxelles :

« Dans les fièvres intermittentes, quel que soit leur type, il faut débuter par 1gr,50 ou 2 grammes, selon la violence de la fièvre, et donner le médicament deux ou trois heures avant l'accès ; ordinairement deux ou trois doses suffisent pour amener la guérison ; quelquefois on est obligé d'élever la dose jusqu'à 4 et 5 grammes par jour ; si la fièvre résiste, on modifie le mode d'administration du fébrifuge ; on le prescrit seulement à la dose de 1 gramme, à prendre par cuillerée, d'heure en heure, dans l'intervalle des accès. Nous n'avons pas encore rencontré de fièvres qui aient résisté à ce moyen.

« Dans les cas où les fièvres d'accès s'accompagnent d'œdème des membres inférieurs (ce que nous n'avons vu que trois fois sur 160 fébricitants soumis à notre observation, encore ces sujets étaient-ils déjà infiltrés avant leur entrée dans nos salles), nous ajoutons à la médication tannique l'usage du vin de quinquina ou du vin de gentiane, associé à une alimentation confortable.

« Pour compléter ce paragraphe, je crois devoir donner ici le formulaire des différentes préparations de tannin que j'ai l'habitude d'employer.

Sirop de tannin.

Sirop de sucre très-cuit..................	500 grammes.
Eau de fleurs d'oranger..................	60 grammes.
Acide tannique..........................	9 grammes.

F. S. A.

30 grammes de ce sirop représentent 30 centigrammes de tannin.

Pilules de tannin.

Acide tannique..........................	2 grammes.
Miel....................................	Q. S.

F. S. A. 18 pilules.

Potion au tannin.

Eau distillée...........................	120 grammes.
Eau de fleurs d'oranger.................	4 grammes.
Acide tannique.............. 1, 2, 3, 4, 5, 6	grammes.
Sirop de sucre..........................	30 grammes.

F. S. A.

A prendre par cuillerée à soupe toutes les heures, ou en deux fois, en débutant deux heures avant le moment de l'accès.

Lavement fébrifuge au tannin.

Décocté émollient........................	150 grammes.
Acide tannique...........................	2 grammes.
Laudanum.................................	8 gouttes.

F. S. A.

L'addition du laudanum nous paraît utile dans cette préparation, pour que le lavement puisse être conservé plus longtemps.

Prises de tannin.

Acide tannique...........................	4 grammes. divisés en 8 paquets.

Chaque paquet peut se prendre dans un pain azyme, ou dans une petite cuillerée de confitures, ou enfin en solution dans un demi-verre d'eau sucrée.

Potion tanno-opiacée.

Eau distillée............................	120 grammes.
Eau de fleurs d'oranger..................	4 grammes.
Acide tannique...........................	2 grammes.
Extrait d'opium..........................	5 centigrammes.
Sirop de sucre...........................	30 grammes.

A prendre en deux fois, deux heures avant l'accès.

Liniment fébrifuge. — Réclamation.

M. le docteur Sezeric, de Saint-Barthélemy, a appelé l'attention de ses confrères sur les bons effets qu'il obtenait dans le traitement des fièvres intermittentes avec le liniment ci-dessous :

Essence de térébenthine.................	125 grammes.
Laudanum de Sydenham....................	6 grammes.
Camphre.................................	5 grammes.
Huile d'olive...........................	60 grammes.

En frictions le long de la colonne vertébrale dès que commence l'apoplexie. Renouveler ces frictions toutes les six heures, jusqu'à l'apparition de l'accès suivant, et les continuer pendant dix minutes chaque fois.

La formule de ce liniment térébenthiné est due au docteur Bellencontre qui l'a publiée il y a quinze années dans ce journal (*Bulletin de Thérapeutique*, t. XXX, p. 366). Ce qui appartient au médecin de Saint-Barthélemy, c'est l'addition du camphre et de l'huile, et nous doutons, pour notre part, que ces substances, la dernière surtout, ajoute à l'efficacité du remède.

CORRESPONDANCE MÉDICALE.

Nouvelle méthode de trachéotomie, nouvel instrument dit trachéotome.

Lu à l'Académie des sciences.

Telle qu'on la pratique habituellement, la trachéotomie est toujours une opération délicate, et, pour les chirurgiens qui n'en ont pas une grande habitude, son exécution présente souvent des difficultés sérieuses.

Outre l'incertitude qui règne sur le point précis où l'incision doit être faite aux téguments, outre l'extrême mobilité de la peau, qui, lors de cette incision, expose à tomber à côté de la ligne médiane, il existe encore un grand nombre de circonstances qui concourent à gêner la manœuvre opératoire, c'est la turgescence des vaisseaux sous-cutanés d'où résultent des hémorrhagies en nappe qui masquent les tissus; c'est la contraction spasmodique des muscles antérieurs du cou qui, soulevant les tissus superficiels, augmentent la profondeur de la tranchée et gênent sa dissection; c'est le développement de l'isthme du corps thyroïde qui cache le tube aérien et jette l'indécision dans l'esprit de l'opérateur; c'est la mobilité latérale du tube trachéal qui, joint à sa forme cylindrique, expose le bistouri à glisser à sa surface; c'est surtout la saillie de l'œsophage qui, refoulant la paroi postérieure de la trachée, vient se présenter à la pointe de l'instrument, au moment de l'incision. A ces difficultés anatomiques vient encore s'ajouter l'imminence de la suffocation, qui souvent force l'opérateur à agir précipitamment, sans avoir eu le temps de s'entourer d'aides expérimentés, ou même de se procurer les accessoires les plus vulgaires.

Frappé comme beaucoup d'autres praticiens de ces difficultés et de ces embarras que présente l'opération si éminemment précieuse de la trachéotomie, j'ai pensé qu'il serait possible de la neutraliser pour la plupart, en substituant à l'ancienne méthode d'incision de dehors en dedans, qui fait la base de tous les procédés connus jusqu'à ce jour, la méthode beaucoup plus expéditive et plus simple d'incision de dedans en dehors.

On sait combien cette méthode est prompte et facile appliquée à l'opération du phimosis, à celle de la fistule anale; on sait aussi quelle heureuse application en a faite M. Jobert à l'extirpation des tumeurs.

Mais pour arriver à établir sur ces données un procédé simple et régulier, de nombreuses questions étaient à résoudre : il fallait d'abord trouver sur le trajet du tube laryngo-trachéal un point fixe, facile à reconnaître chez tous les sujets, assez superficiel pour être facilement accessible aux instruments, et présentant en outre toute sécurité contre le glissement latéral, et surtout contre la lésion de l'œsophage.

D'une autre part, il fallait trouver un instrument simple, facile à manier et combiné de telle sorte qu'il pût à la fois fonctionner, inciser et soutenir le tube trachéal pendant l'introduction de la canule. Enfin, il fallait trouver pour cette nouvelle méthode, un manuel opératoire tout à la fois rapide et sûr, qui pût mettre à l'abri de tout accident grave et permettre à tous les chirurgiens de mener à bien l'opération.

De nombreux essais ont été nécessaires pour arriver à remplir convenablement ce programme ; mais enfin je pense y être parvenu d'une manière assez complète pour que, dès aujourd'hui, la nouvelle méthode de trachéotomie de dedans en dehors soit en mesure de rivaliser avantageusement avec les meilleurs procédés de la méthode ancienne.

A. — Choix du point où doit être effectuée la ponction.

De tous les points du tube laryngo-trachéal, celui qui m'a paru le plus convenable pour la ponction initiale est l'espace crico-thyroïdien ; cet espace, en effet, a l'avantage : 1° d'être un des points les plus superficiels de ce tube ; 2° d être facile à reconnaître aussi bien chez l'enfant que chez l'adulte ; 3° de présenter une surface plane, et légèrement dépressible où lors de la ponction, l'instrument ne court aucun risque de glisser latéralement ; 4° d'être exclusivement composé de parties molles lamelleuses peu épaisses, et, par conséquent, faciles à perforer ; enfin et surtout de correspondre en arrière à la partie la plus large du tube laryngo-trachéal, à la seule dont les dimensions soient maintenues fixées par un anneau complet, et où l'œsophage soit protégé contre toute atteinte par une sorte de bouclier cartilagineux, le chaton du cricoïde.

Comme ce point d'anatomie n'est point exposé dans les ouvrages classiques avec les détails suffisants, j'ai cru devoir en faire l'objet de quelques recherches spéciales.

Elles ont porté sur quatre points principaux : 1° sur la disposition du chaton cricoïdien, par rapport à la membrane crico-thyroïdienne; 2° sur la dimension du calibre laryngien au niveau de cette membrane ; 3° sur l'épaisseur des parties molles qui la recou-

vrent ; 4° sur les dimensions de la trachée au niveau des trois premiers anneaux. Ces recherches ont dû porter en outre sur les variations de ces diverses conditions anatomiques aux différents âges :

1° Disposition du chaton cricoïdien relativement à la membrane cricoïdienne.

Quel que soit l'âge du sujet depuis la naissance jusqu'à l'âge adulte, le chaton du cricoïde forme dans le point opposé à la membrane crico-thyroïdienne un plastron solide, dont le centre correspond exactement au milieu de la membrane. A la naissance, son épaisseur est de 1 millimètre et demi, et va s'augmentant chaque année jusqu'à vingt ans, où elle acquiert 4 millimètres et au delà. Sa hauteur, de 8 millimètres à la naissance, finit par dépasser 2 centimètres et demi ;

2° Dimension du calibre laryngien au niveau de la membrane crico-thyroïdienne.

Cette dimension, qu'il importe surtout de connaître pour disposer le régulateur de l'instrument, de manière à éviter toute lésion de paroi postérieure, cette dimension, dis-je, est, chez le fœtus à terme, d'environ 5 millimètres ; chaque année, jusqu'à cinq ans, ce calibre s'accroît de 1 millimètre, de sorte qu'à cet âge il a près d'*un centimètre*. A dater de cette époque, il ne croît plus que d'un demi-millimètre chaque année, jusqu'à quinze ans, où il a, par conséquent, 15 millimètres ; mais à la période de la puberté, il reprend chez l'homme un accroissement rapide, de manière à atteindre bientôt 2 centimètres et même davantage.

Chez la femme, cet accroissement rapide, à l'époque de la puberté, n'existe pas, et les dimensions du calibre cricoïdien restent à 15 ou 16 millimètres.

3° Calibre de la trachée. A la naissance, ce calibre, dans le sens antéro-postérieur, est à peine de 4 millimètres ; mais il regagne bientôt celui du cricoïde, dont il suit désormais l'évolution.

4° Epaisseur du tissu prélaryngien au niveau de la membrane crico-thyroïdienne. Bien que cette épaisseur présente d'assez grandes variétés, suivant l'âge et l'état d'embonpoint des sujets, nos expériences nous ont démontré qu'elle ne descendait jamais au-dessous de 2 millimètres et ne s'élevait point, dans l'état normal, au-dessus de 6. On comprend que diverses circonstances pathologiques peuvent changer ces conditions.

B. — Choix de l'instrument. Le point le plus favorable pour la ponction étant déterminé, il fallait trouver un instrument simple et d'un maniement facile pour exécuter la ponction d'abord, puis pour

inciser d'arrière en avant et de bas en haut les premiers anneaux de la trachée, ainsi que les parties molles qui les recouvrent, sans toutefois diviser le cartilage cricoïde, ni blesser la partie postérieure de la trachée. Après quelques tâtonnements, je m'arrêtai à l'instrument fort simple que j'ai l'honneur de soumettre à l'Académie, et que je désigne sous le nom de trachéotome.

Cet instrument, dont l'exécution est due à nos habiles fabricants, MM. Robert et Colin, consiste en une sorte d'aiguille courbe, tranchante sur sa concavité, et munie d'un régulateur destiné à limiter la profondeur de son action.

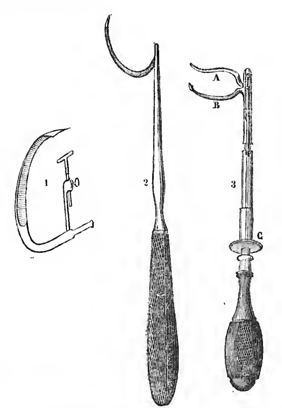


Fig. 1. — *La pointe de la lame* est disposée en fer de lance et supportée par un col rétréci, mais très-court (1 millimètre), ce qui fait qu'au moment où cette pointe a traversé les parois du larynx pour arriver dans sa cavité, l'opérateur éprouve un ressaut brusque dû à la cessation subite de la résistance. Ce ressaut indique d'une manière positive la pénétration de l'instrument dans la cavité laryngienne.

en même temps que le régulateur empêche la pointe d'aller blesser sa paroi postérieure.

Le corps du trachéotome, disposé en forme de petite faucille, présente sur sa concavité un tranchant qui commence au collet de la pointe et se termine à 1 centimètre du talon. Cette disposition a pour but d'éviter la section de l'anneau cricoïdien, et de permettre au contraire de prendre sur ce cartilage un point d'appui pour soutenir la trachée lors de l'introduction de la canule.

Talon. — Le talon de la lame, au lieu de continuer la courbe régulière et très-allongée de la partie tranchante, se coude brusquement en formant un angle arrondi, puis se prolonge en ligne droite jusqu'à l'insertion du régulateur qui le sépare du manche.

Régulateur. — Cette importante partie du trachéotome a pour but essentiel d'empêcher qu'au moment de la ponction la pointe de la lame ne vienne blesser la paroi opposée du tube respiratoire ; il le compose d'une sorte de seconde aiguille courbe, concentrique à la première, dont elle est distante de 1 centimètre environ. Son extrémité libre se termine en forme de T majuscule, tandis que l'autre est fixée sur le talon de l'instrument.

Dans cet état de simplicité, l'aiguille à trachéotomie ne peut être manœuvrée facilement qu'à la condition d'être montée sur un manche. Le plus simple est la pince à pansement du modèle Charrière. On peut aussi la monter sur un manche fixe comme l'aiguille de Deschamps (fig. 2) ; mais alors il n'est plus possible de la mettre dans la trousse.

Le trachéotome simple que nous venons de décrire me paraît remplir toutes les conditions d'un instrument véritablement pratique pour l'incision prompte et facile du tube trachéal, et beaucoup de praticiens s'en tiendront probablement à lui. Cependant, comme il n'est pas toujours facile, après l'incision de la trachée, de faire pénétrer le dilatateur ordinaire, destiné à l'introduction de la canule, j'ai cherché à simplifier encore ce temps de l'opération, en faisant adapter au trachéotome à manche fixe un mécanisme très-simple qui tient la trachée ouverte aussitôt que l'incision de celle-ci vient d'être terminée ; de sorte que l'introduction de la canule peut se faire immédiatement et sans la moindre difficulté. Il en résulte alors pour la manœuvre opératoire une rapidité qui tient vraiment de la prestidigitation.

Trachéotome dilatateur. — Le trachéotome dilatateur (fig. 3) ne diffère du trachéotome à manche fixe que par le mécanisme qui y est annexé. Or, ce mécanisme consiste : 1° en une petite lame d'acier A, accolée à la convexité de l'aiguille tranchante B, dont elle suit la courbure jusqu'au manche métallique ; arrivée là, cette petite lame traverse une mortaise forée dans l'épaisseur du manche, et vient, en sortant de cette mortaise, s'articuler à un levier, qui sert à lui imprimer un mouvement de bascule. Ce mouvement est combiné de telle sorte que la partie courbe s'écarte presque parallèlement de l'aiguille tranchante, sans toutefois dilater l'ouverture étroite par laquelle celle-ci a pénétré dans l'espace crico-thyroïdien, et cepen-

dant en produisant sur les lèvres de l'incision trachéale une dilatation de plus de 1 centimètre et demi.

Premier temps. — Le malade étant couché sur le dos, la tête modérément renversée en arrière, le chirurgien se place au côté gauche du lit, cherche avec l'index de la main gauche l'espace compris entre le thyroïde et le cricoïde, puis, ayant fixé latéralement le larynx avec ses doigts ou avec un fixateur, il saisit le trachéotome de la main droite, en applique la pointe au milieu de l'espace crico-thyroïdien, et l'enfonce doucement dans une direction perpendiculaire.

Une sensation très-évidente de résistance vaincue lui indique que la pointe a pénétré dans le tube respiratoire, en même temps que le régulateur empêche celle-ci d'aller blesser la paroi opposée.

Deuxième temps. — Dirigeant alors la pointe de l'instrument vers le sternum, il la fait cheminer doucement dans la trachée jusqu'à ce que la partie courbe de l'aiguille soit entièrement cachée dans les chairs.

Troisième temps. — Arrivé à la profondeur voulue, il fait saillir d'arrière en avant la pointe de l'aiguille à travers la trachée et les téguments, et incise de bas en haut toutes les parties molles comprises dans la cavité du tranchant. Cette incision se trouve limitée naturellement au niveau du bord inférieur du cricoïde par le fait de la disposition complétement mousse du talon de l'instrument.

Pour donner à l'incision toute la perfection désirable, il est important de fléchir légèrement la tête et de refouler en haut les téguments avec l'index de la main gauche, au moment où la pointe de l'aiguille ponctionne d'arrière en avant le tube trachéal; puis dans le mouvement d'incision, de refouler au contraire les tissus de haut en bas, afin de faciliter leur section. Il résulte de ce petit tour de main que l'incision faite aux téguments descend plus bas que celle de la trachée, et que le sang qui s'écoule de la plaie a moins de tendance à pénétrer dans le tube aérien.

Aussitôt l'incision faite, le chirurgien introduit de la main gauche le dilatateur, retire le trachéotome, et de la main droite devenue libre, il met la canule en place. Dans le cas où l'on fait usage du trachéotome dilatateur, la manœuvre est encore plus simple et plus rapide. En effet, dès que l'incision du tube trachéal est terminée, l'opérateur n'a qu'à presser un ressort C (fig. 3) pour écarter les lèvres de l'incision, et de l'autre main il introduit immédiatement la canule.

Avantage de la nouvelle méthode. — Les avantages de la nouvelle méthode de trachéotomie sont nombreux et importants. Nous les résumerons en trois mots, en disant qu'aucune autre méthode ne peut rivaliser avec elle sous le triple point de vue de la facilité, de la promptitude et de la sécurité.

1° *Facilité.* — Sans prétendre que, par la méthode ancienne, l'opération de la trachéotomie soit d'une exécution très-difficile, toujours est-il qu'il faut de la part de l'opérateur une certaine habileté manuelle et un certain sang-froid chirurgical pour la mener à bien. L'une des circonstances les plus propres à troubler l'opérateur consiste surtout dans la vue du sang qui, dès la première in-

cision, s'écoule en nappe de tous les points de la plaie. Il en résulte que, plein de courage et de sang-froid pour donner le premier coup de bistouri, il se trouble et s'impressionne quand il s'agit de continuer la dissection. De là des longueurs interminables qui aggravent les accidents asphyxiques, ou bien, ce qui est pis encore, une précipitation funeste qui expose à des lésions compromettantes pour la vie.

Dans la nouvelle méthode, aucun de ces inconvénients n'existe. Le seul temps délicat, la ponction, est précisément le premier qu'on exécute, alors qu'armé de tout son sang-froid l'opérateur a pu prendre toutes ses précautions. Aucun écoulement de sang ne vient le troubler, et pour s'assurer de sa bonne exécution, il a plusieurs indices certains, tels que le ressaut brusque dû à la pénétration de la pointe dans le vide, le contact du régulateur avec les téguments, et un certain sifflement produit par l'air qui s'échappe par la cannelure de l'aiguille. Quant à l'introduction de l'instrument, à la ponction d'arrière en avant, à l'incision, elles s'exécutent toutes par une manœuvre simple et rapide, et les circonstances susceptibles d'émotionner l'opérateur ne surviennent que lorsque déjà l'opération est terminée, surtout si l'on fait usage du trachéotome dilatateur.

2° *Promptitude.* — L'avantage d'une exécution rapide est pour ainsi dire le cachet spécial de la nouvelle méthode. Un simple tour de main suffit, en effet, pour ponctionner, inciser et dilater le tube trachéal, et tandis que chacun de ces différents temps dans la méthode ancienne exige des manœuvres longues et pénibles, deux ou trois secondes suffisent désormais à leur exécution.

3° *Sécurité.* — Mais quelque intérêt que présentent ces divers avantages, il en est un qui les domine tous, et en vue duquel la nouvelle méthode a été spécialement instituée. Cet avantage est la sécurité qu'elle présente contre les accidents divers qui peuvent compromettre le succès de la trachéotomie. Lorsqu'en effet on cherche à se rendre compte des accidents nombreux qui viennent si souvent entraver ou compromettre le succès de la trachéotomie, on voit que tous ou presque tous proviennent de la difficulté même de la manœuvre opératoire par les procédés usuels. C'est à cette seule cause, en effet, qu'est due :

1° La lenteur interminable de certaines opérations ;

2° Le défaut de parallélisme entre l'incision extérieure et celle de la trachée ;

3° Le refoulement et l'incision latérale du tube aérien ;

4° La lésion de l'œsophage ;

5° Le refoulement des fausses membranes par la canule, etc.

Par la nouvelle méthode, aucun de ces accidents n'est possible, ou du moins il est infiniment plus facile de les éviter.

En effet, en traversant l'espace crico-thyroïdien sur la ligne médiane, l'instrument ne rencontre aucun organe important ; il tombe immédiatement dans le vide et se trouve séparé de l'œsophage par le chaton épais du cricoïde, en même temps que le régulateur empêche la pointe de l'aiguille de pénétrer trop profondément et

d'aller même toucher la paroi postérieure. Dans son mouvement de progression dans la trachée, la pointe dirigée en avant est toujours soutenue par le régulateur, glisse dans le tube trachéal sans que rien puisse être blessé par elle.

Enfin, dans le troisième temps ou ponction d'arrière en avant, la trachée, soulevée par l'instrument lui-même, ne peut fuir en aucune façon et se trouve au contraire tendue et immobilisée, de sorte que l'incision se fait, pour ainsi dire, mathématiquement sur la ligne médiane, où ne se trouve aucun organe à blesser, aucun accident à craindre.

Nous n'avons parlé jusqu'à présent que du procédé qui consiste à inciser d'un seul coup le tube trachéal et les téguments. C'est en effet à celui-ci que nous accordons la préférence pour la grande majorité des cas. Cependant, il peut se faire que le chirurgien, pour une raison ou pour une autre, préfère inciser d'abord les téguments et mettre à découvert la trachée. Dans ce cas, le trachéotome n'en sera pas moins encore d'une grande utilité pour l'exécution du dernier temps de l'opération, savoir : la ponction, l'incision et la dilatation. MAISONNEUVE.

BULLETIN DES HOPITAUX.

OBSERVATION D'ACCIDENTS GRAVES DÉTERMINÉS SUR LA PEAU PAR LA RUE (*Ruta graveolens*, L.) — Cette observation que M. Léon Soubeiran vient de présenter à l'Académie de médecine, nous paraît digne d'être enregistrée. Nous la reproduisons en entier.

Il existe, comme on le sait déjà, un certain nombre de plantes, indigènes ou acclimatées dans notre pays, qui déterminent, lorsqu'elles sont mises en contact avec la peau, des phénomènes éruptifs offrant quelquefois une certaine gravité, tels sont les *pastinaca* et les *spondylium*, et surtout les fustets ou *rhus* (voy. Gaz. méd., t. VIII, p. 698). Mais il en est encore quelques-unes dont l'attention n'a pas encore été signalée et surtout décrite avec détail, au point de vu particulier qui nous occupe aujourd'hui.

La rue, *Ruta graveolens*, L., a sur l'économie, lorsqu'elle est administrée à l'intérieur, une action énergique, bien connue de tous les médecins; mais celle qu'elle exerce lorsqu'elle est mise immédiatement en contact avec la peau, n'a été encore exposée nettement par personne, que nous sachions. Les seules indications que nous ayons trouvées, relatives au fait dont nous désirons rapporter aujourd'hui un exemple à l'Académie, se bornent à quelques lignes de

Matthiole et de Bulliard. Le commentateur de Dioscoride signale les propriétés rubéfiantes de la rue, indique son emploi comme sinapisme, et ajoute : « Quand elle est en fleur, et qu'on la cueille pour la confire en saumure, elle cause des boutons et pustules aux mains, et les fait devenir rouges, y causant une démangeaison et inflammation véhémentes. Et ainsi il se faut engraisser les mains et le visage, quand on la veut cueillir. » (P. 292, édit. du Pinet, 1860.) Bulliard, dans son *Traité des plantes vénéneuses et suspectes*, p. 150, 1784, est plus bref encore, car il dit seulement : « Si on la manie longtemps, la peau s'enflamme et les mains enflent. » Poiret enfin, dans sa *Flore médicale*, dit que les feuilles de rue, broyées et appliquées sur la peau, produisent du prurit et de la rubéfaction. Telles sont les seules indications que nous avons rencontrées, et nous devons faire remarquer que les jardiniers, qui ont souvent, dans les jardins botaniques, occasion de manier la rue, et qui connaissent, par une expérience trop fréquente, les fâcheux effets des fustets (*rhus*), n'ont jamais rien remarqué de semblable aux faits que nous allons exposer.

Obs. — Dans le courant du mois d'août 1860, un de nos amis, M. L. Puel, pharmacien à Figeac (Lot), eut occasion de récolter, pour une collection botanique, un nombre considérable d'échantillons de *ruta graveolens*, L., en fruits. Ne se méfiant pas de quelque action particulière de la plante, il la ramassa sans prendre plus de précautions que celles usitées par un botaniste qui veut préparer un échantillon; et ce ne fut que plus tard, lorsque les accidents se furent développés, qu'il se souvint que, l'année précédente, deux jeunes filles qu'il avait chargées de lui apporter une grande quantité de feuilles de rue, pour préparer l'extrait nécessaire à l'approvisionnement de sa pharmacie, avaient eu les mains affreusement excoriées, à la suite de ce travail. Toujours est-il que, la nuit suivante, M. Puel éprouva une démangeaison très-vive sur la partie supérieure des mains, qui se couvrirent de rougeurs. Le lendemain, ces rougeurs étaient remplacées par des vésicules remplies d'un liquide transparent et fortement colorées en rouge à leur base; le nombre de ces vésicules était beaucoup plus considérable entre les doigts que sur le reste de la main ; leur disposition générale était celle de groupes plus ou moins nombreux, dont quelques-uns paraissaient réunis entre eux par une traînée rougeâtre d'un aspect particulier, qui offrait une certaine analogie d'aspect avec les sillons déterminés par l'*acarus scabiei*. La démangeaison alla en augmentant, et le deuxième jour, les boutons vésiculeux s'étaient développés, et couvraient presque complétement les deux mains, et surtout la droite, qui s'était trouvée en contact plus direct et plus prolongé avec la plante : l'aspect général avait une grande analogie avec celui d'une éruption sarcoptique. Au bout de deux jours, pendant lesquels le

prurit ne cessa de se faire sentir (et principalement pendant la nuit, où il était insupportable), les groupes de vésicules se trouvèrent assez rapprochés pour se réunir ensemble, et il apparut alors, dans ces points de réunion, de larges phlyctènes, dont l'aspect ne saurait mieux être comparé qu'à celui qu'auraient présenté les mains soumises à une vésication incomplète par les cantharides. Cet état persista pendant dix ou douze jours, après quoi l'inflammation diminua, et les mains se dépouillèrent de leur épiderme; mais l'influence fâcheuse de la plante n'était pas terminée, car quinze jours ou trois semaines après la guérison apparente, il se manifesta sur quelques points des mains et dans l'intérieur de la paume, de petites vésicules remplies d'un liquide analogue à celui que laissait exsuder l'éruption primitive, et disposées toutes par groupes, comme si elles eussent été le résultat de l'action de quelque animalcule.

Lorsque les mains furent à peu près guéries, les orteils des deux pieds furent le siége d'une démangeaison très-vive, et il se développa sur cette partie du corps des vésicules tout à fait identiques avec celles des mains. Très-certainement ces accidents ne sont pas dus, comme ceux des mains, à l'action directe de la rue, puisque les pieds se trouvaient garantis par des chaussures fortes, mais résultant du contact immédiat avec les mains, lorsque le malade voulait se chausser ou se déchausser, et, ce qui le prouve, c'est que l'affection ne s'est montrée aux membres inférieurs que plusieurs jours après l'invasion des mains.

Cette année, vers la fin du mois de juin, M. Puel entreprit de compléter sa collection botanique de rue par la récolte d'échantillons en fleurs; mais, comme la floraison était déjà un peu avancée, bien qu'il eût oublié de prendre des gants qui devaient empêcher un contact trop direct avec la plante, il se mit à l'œuvre. Mais pour éviter autant que possible le retour des fâcheux accidents qu'il avait éprouvés l'année dernière, il eut la précaution de pincer délicatement l'extrémité supérieure de chaque rameau avec le pouce et l'index de la main droite, et de couper la tige avec des ciseaux bien tranchants. Le soin apporté dans la récolte fit que les mains, et surtout la gauche, n'ont que peu ou pas été en contact avec la plante, et cependant les accidents que M. L. Puel avait éprouvés l'année dernière se sont représentés encore cette année, et ont même offert une intensité beaucoup plus grande. Il fut malade pendant trois semaines, et avait les mains dans un état pitoyable; elles semblaient avoir été complétement dénudées comme par l'action de l'eau bouillante, tant elles étaient excoriées. La main droite surtout, qui s'était trouvée en contact direct, quoique cependant par l'extrémité seule de deux doigts, avec la plante, n'était littéralement plus qu'une plaie profonde, depuis le poignet jusqu'aux dernières phalanges. Une fièvre intense, qui accompagnait les accidents locaux, obligea le malade à garder le lit pendant cinq à six jours.

Très-certainement l'intensité plus marquée des phénomènes qui se sont développés cette année peut être attribuée à ce que la température, qui était très-élevée, en déterminant une moiteur considérable de la peau et une sudation prolongée, l'avait rendue beaucoup plus

impressionnable. Mais nous pensons qu'une cause qui a dû influer beaucoup ici, qui a certainement exercé le plus grand rôle dans l'intensité des phénomènes que nous avons rapportés, appartient à la plante elle-même. En effet, elle ne se trouvait pas dans le même état de végétation que l'année dernière, et on sait qu'au moment de la floraison, quand la nature se prépare à la formation des graines qui doivent reproduire la plante, il y a une sorte de surexcitation vitale, s'il nous est permis d'employer cette expression, et, par suite, les propriétés générales de la plante ont une énergie beaucoup plus grande que lorsque, par exemple, les fruits étant déjà formés, la végétation se trouve en quelque sorte arrivée à sa dernière période.

Cette affection est due très-manifestement à la plante elle-même, et non à la présence d'un animalcule ou acarien quelconque; car les recherches de M. L. Puel, qui avait pensé devoir attribuer sa maladie à cette cause, en raison de l'analogie d'aspect de l'éruption avec l'éruption sarcoptique, ne lui ont pas permis de constater la présence d'un parasite ni sur lui-même ni sur le végétal, et nous ne croyons pas que ce soit à une cause de ce genre qu'on puisse rapporter les phénomènes qu'a présentés le malade.

Mais à quelle partie de la plante peut-on rapporter une affection du genre de celle que nous avons décrite? Pour nous, c'est à l'huile essentielle que la *ruta graveolens*, comme toutes les rutacées, renferme en très-grande quantité, et peut-être aussi à quelques principes âcres que la plante renferme, et auxquels elle doit de posséder une énergie plus grande que son essence. Nous ne serions cependant pas étonné si l'essence seule pouvait provoquer des accidents analogues à ceux qu'a présentés M. L. Puel; car s'ils n'ont pas été dus à un corps volatil, comment expliquer le fait observé cette année, par le malade, que le petit doigt, l'annulaire et toute la partie correspondante de la main droite, qui n'ont pas été en contact immédiat avec la plante, ont été cependant le siége de l'éruption la plus considérable? Peut-on admettre que la poussière très-fine (huile essentielle concrète?) qui recouvre toute la surface de la plante, et qui est plus abondante au moment de la floraison, ait déterminé l'éruption? En attendant que des expériences directes et positives, que la saison ne permet plus en ce moment, aient pu être faites et viennent démontrer ce qu'il y a de fondé dans cette supposition, nous croyons être en droit de rapporter à l'huile essentielle, formant une sorte d'atmosphère autour de la plante, la maladie observée; et cette explication nous paraît d'autant plus plausible que les botanistes ont constaté l'existence de cette atmosphère autour de plusieurs rutacées, le *dictamus fraxinella*, par exemple.

Le traitement a consisté en compresses de décocté de fleurs de sureau pendant les premiers jours, et plus tard en applications de liniment oléo-calcaire.

RÉPERTOIRE MÉDICAL.

Acétate de plomb (sucre de Saturne) *dans les hypertrophies commençantes du cœur*. On sait que Brachet de Lyon employait le sucre de Saturne contre l'hypertrophie du cœur. Sa formule était celle-ci :

Pr. Sucre de Saturne..... 2 grammes.
Extrait de digitale.... 1 gramme.

Mêlez et faites 20 pilules.

Le plus ordinairement, il augmentait la dose de cinq en cinq jours, jusqu'à ce que le malade en prît trois le matin et trois le soir. Jamais il n'avait dépassé cette quantité. Tout en confessant son ignorance sur le point de savoir comment agit le sucre de Saturne dans ce cas, Brachet pensait cependant qu'il produit une sorte d'astringence qui favorise le resserrement et la crispation des capillaires de l'organe, et qu'il détermine ainsi l'absorption des molécules hypertrophiques. On se rappelle qu'à l'époque où Brachet exposa ces vues à l'Académie de médecine, M. Robert objecta qu'ayant observé lui-même très-attentivement les effets de l'acétate de plomb, il était resté douteux pour lui que ce médicament eût produit un résultat favorable, c'est-à-dire que l'action de ce sel lui avait paru très-douteuse comme moyen de diminuer le volume des anévrismes et l'impulsion du cœur, et qu'il ne trouvait pas aux faits avancés par Brachet assez de précision pour qu'on pût ne pas être tenté de rapporter ces symptômes à de simples névroses du cœur, où le sel de plomb aurait agi comme sédatif du système nerveux. L'action des préparations saturnines sur l'appareil circulatoire serait-elle simplement antinerveuse, comme l'a exprimé M. Robert? Voici une observation parmi celles que rapporte M. le docteur Valentin, chirurgien de l'hôpital de Vitry-le-Français, qui tend à infirmer cette opinion et à venir à l'appui de celle de Brachet.

Obs. I. Un cultivateur reçut d'un bélier un violent coup de tête au-dessus de la partie moyenne du tibia droit, lequel devint bientôt le point de départ d'une tuméfaction progressive qui offrit bientôt tous les caractères d'un anévrisme. Plusieurs moyens furent proposés : la glace, qui ne put être supportée, la ligature de l'artère principale, l'évidement de la tumeur et sa cautérisation ignée. A. Bérard, consulté, conseilla l'amputation. Mais M. Valentin voulut essayer de soumettre le malade à la méthode saturnine. Il y consentit : il prit, en un mois, 8 grammes d'acétate de plomb en pilules, en même temps qu'on appliquait à l'extérieur une pommade, puis de l'eau, fortement chargée de ce sel ; après quoi, toutefois, des accidents gastriques exigèrent la cessation du traitement. Mais les mouvements pulsatifs, qui n'avaient pas tardé à s'affaiblir, étaient déjà complétement éteints ; sans trop perdre de son relief, la tumeur devint de plus en plus compacte, et le doigt put bientôt, à travers ses perforations osseuses, sentir un fond solide. Cet état se consolida même tout à fait, à ce point que le malade put marcher sans crosses, monter en voiture, à cheval, et reprendre une partie de ses occupations. Cette guérison se maintint pendant quatre ans. Malheureusement, au bout de ce temps, après une série d'accidents graves, tels que chutes de voiture ou de cheval, l'affection anévrismatique reparut peu à peu, et l'on fut obligé de recourir cette fois à l'amputation, à laquelle le malade succomba.

Ce fait, et d'autres qui ont donné les résultats les plus satisfaisants, ont conduit M. Valentin à employer le sel de Saturne dans les hypertrophies commençantes du cœur. Voici, entre autres, l'un des résultats dignes de remarque qu'il a obtenus :

Obs. II. Un jeune cultivateur de vingt-deux ans, grand et bien constitué, éprouvait de violents battements de cœur sans bruits anormaux, mais produisant dans toute la poitrine un retentissement pénible et continuel, et jetant dans tout son être un air de tristesse et d'anxiété. N'ayant pu continuer la culture, il s'était condamné depuis deux ans aux modestes fonctions de berger. Ce repos long et forcé, pas plus que l'usage à plusieurs reprises des préparations de digitale, n'avaient apporté à son état aucune amélioration, quand M. Valentin, ayant eu l'occasion de voir ce malade en décembre 1859, proposa de le soumettre à la médication saturnine, ce qui fut accepté par le médecin traitant. 50 pilules seulement suffirent à la guérison de cette terrible affection de deux ans de date. En août 1860, ce jeune homme continuait à bien aller ;

il éprouvait bien parfois encore de légères palpitations, mais il n'en était pas incommodé, et il avait pu, dès le commencement de l'année, se livrer sans interruption à tous les travaux des champs.

Brachet disait n'avoir jamais remarqué le moindre accident à la suite de ses nombreuses prescriptions, même à haute dose, de l'acétate de plomb. Il n'en a pas été de même dans quelques-uns des faits de M. Valentin : il a fallu cesser le traitement. Ces accidents, consistant en inappétence, embarras gastrique, nausées, teinte ictéroïde, étaient portés, chez un sujet, jusqu'à la gastro-entéralgie, et chez un autre jusqu'à l'hématémèse, des vomissements bilieux abondants et des troubles nerveux cérébro-spinaux.

Quoi qu'il en soit, en agissant comme on l'a vu dans les affections externes, sur les extrémités artérielles, le sucre de Saturne ne se borne pas à une action antinerveuse, mais elle semble d'abord et essentiellement *astringente*. (*Un. méd.*, novembre 1861.)

Cystite hémorrhagique du col *compliquant l'urétrite ; traitement par les balsamiques.* Parmi les complications de l'urétrite, il en est une qui, bien qu'assez fréquente, est à peine signalée dans les auteurs : c'est l'inflammation hémorrhagique du col de la vessie, confondue en général avec les différentes variétés d'hémorrhagies urétrales. Voici quelques exemples de cette forme de cystite, que nous empruntons à un travail de M. Baizeau, professeur agrégé au Val-de-Grâce, ainsi que la formule d'un traitement dont l'expérience a déjà consacré les bons effets.

Chez un fusilier entré en 1855 à l'hôpital militaire de Saint-André, à Rome, une cystite hémorrhagique se développa à la suite d'injections de sulfate de zinc, destinées à mettre fin à un très-léger suintement. Le besoin d'uriner était pressant, se renouvelait tous les quarts d'heure; les urines étaient claires, limpides ; mais à la fin de la miction, le col vésical, convulsivement contracté, laissait transsuder à travers la muqueuse une petite quantité de sang qui, en passant dans le canal, produisait un sentiment de vive cuisson. Ces accidents furent en vain combattus par plusieurs applications de sangsues au périnée, des bains, des boissons délayantes. Des émulsions camphrées, des lavements opiacés et belladonés, deux vésicatoires placés sous le scrotum, ne furent pas plus efficaces. Le malade était découragé, fatigué par l'insomnie. M. Baizeau était assez embarrassé, de son côté, lorsqu'il lui vint à l'idée d'employer le copahu, pensant que ce médicament, dont l'influence est si marquée dans l'urétrite, pourrait avoir une action tout aussi avantageuse sur la muqueuse vésicale. Il eut lieu de se féliciter de cette tentative : 5 grammes de copahu furent administrés en une seule fois; le lendemain il constata un mieux notable; la médication fut continuée; le troisième jour il n'y avait plus de sang dans les urines, et les envies d'uriner ne se faisaient plus sentir que toutes les deux heures; le sixième jour la guérison était complète.

Quelques jours après, M. Baizeau eut l'occasion de faire un nouvel essai sur un autre soldat, qui ayant un suintement urétral, fut atteint sans cause connue de cystite hémorrhagique assez vive. Au lieu de commencer le traitement par les antiphlogistiques et de chercher à calmer d'abord l'acuité des accidents, il prescrivit immédiatement une émulsion avec 5 grammes de copahu. L'amélioration fut très-sensible le premier jour, comme dans le cas précédent; le troisième jour l'hématurie avait cessé, et le malade ne tarda pas à être entièrement rétabli. Depuis lors, les mêmes résultats ont été obtenus sur un grand nombre de malades ayant des cystites hémorrhagiques du col, à des degrés divers. La guérison n'a pas toujours été aussi prompte que dans les exemples qui viennent d'être cités; mais en général elle a été beaucoup plus rapide qu'elle ne l'aurait été avec l'aide des autres moyens thérapeutiques. L'action du copahu est-elle constante? Pendant longtemps M. Baizeau l'a cru, mais il a remarqué chez deux malades, à la suite de cette médication, une légère augmentation des troubles vésicaux; ce qui se voit aussi quelquefois dans l'urétrite aiguë. Dans le but de prévenir ces échecs, M. Baizeau commence le traitement par une petite dose de copahu; il en prescrit 4 grammes, puis il augmente jusqu'à 6, et parfois 10 grammes, si le canal est tolérant, et si la maladie se montre un peu tenace. Ordinairement il s'arrête à 5 grammes, dose qui ne dérange par les malades, ne donne ni coliques, ni diarrhées, et qui cependant est suffisante pour obtenir la

disparition des accidents. Quand il a affaire à des personnes qui se décident avec peine à prendre du copahu, soit par répugnance, soit qu'elles le digèrent difficilement, il le remplace par la térébenthine cuite ; il l'a essayée chez plusieurs malades atteints de cystite du col à forme hémorrhagique, à la dose de 4, 6, 8 grammes, prise en deux fois dans la journée, et il a constaté son efficacité. Elle s'est montrée toutefois moins énergique que le copahu.

Quant au poivre de cubèbe, qu'en raison de ses propriétés antiblennorrhagiques on aurait pu croire doué de quelque efficacité sur la cystite, quelques faits ont démontré qu'il était plus nuisible qu'utile, principalement dans la période aiguë. L'étude si complète que nous avons faite de ce médicament et dont nous avons publié récemment les résultats (p. 5 et 56), ne nous permettent pas de nous ranger de l'avis de M. Baizeau ; si ce médecin a échoué dans ce cas, cela tient aux trop hautes doses qu'il a employées ; nous pouvons nous appuyer sur le témoignage de M. Caudmont. Dans la note qu'il nous a adressée (p. 68), et qui traite du même sujet que M. Baizeau, M. Caudmont dit avoir expérimenté avec le même succès et le cubèbe et le copahu ; si j'ai eu recours à l'association des deux médicaments, ajoute-t-il, c'est qu'il m'a semblé que les organes digestifs supportaient mieux cette préparation. (*Mém. de méd. et de chir. militaires*, septembre 1861.)

Diathèse hémorrhagique *grave traitée par le vin à haute dose.* On sait les bons effets que les médecins anglais ont obtenus de l'emploi du vin et des alcooliques à haute dose, dans les hémorrhagies utérines. M. le docteur Faure a tiré récemment un heureux parti de cette méthode pour combattre une diathèse hémorrhagique qui avait résisté jusque-là à toutes les ressources de la thérapeutique.

Une femme fortement constituée, d'une santé habituellement bonne, avait les gencives ramollies et ulcérées, à ce point que les dents étaient déchaussées dans toute leur hauteur. Il s'écoulait incessamment de la bouche une nappe épaisse de salive toute rougie de sang, et au milieu de laquelle filaient de temps à autre quelques caillots demi-fluides et noirâtres. La bouche était presque entièrement remplie par du sang à demi coagulé, qui apparaissait sous forme de tractus déchirés, dès qu'on faisait écarter les mâchoires. La langue était recouverte d'un caillot épais, et si on l'essuyait, on en voyait aussitôt sourdre le sang, par quantité de petites gouttelettes. De temps à autre, il y avait dans la respiration une gêne très-prononcée, puis il survenait quelque quinte de toux, et la malade rejetait des mucosités rougies de sang, et même mêlées de caillots noirâtres. Le corps et les membres étaient tachetés de plaques bleuâtres; les jambes et les cuisses étaient criblées de taches de purpura. Cet état durait depuis quinze jours ; il avait été combattu de diverses manières, mais en vain, et la malade était dans un grand état d'affaiblissement. Tout d'abord M. Faure ordonna une dose de scammonée et d'aloès ; le soir il apprit que les selles avaient été accompagnées de sang. La malade prit successivement et en quantités souvent considérables des préparations de ratanhia, de perchlorure de fer, des limonades minérales concentrées, de l'eau de Rabel, etc. Chaque jour les gencives, la langue et l'intérieur de la bouche recevaient des applications d'alun, de teinture d'iode, de perchlorure de fer pur. La malade gardait dans la bouche des tranches de citron, de la glace sans cesse renouvelée. Rien n'eut de succès, l'hémorrhagie resta toujours aussi considérable pendant quinze jours.

L'état de la malade ne faisait qu'empirer et la situation devenait de plus en plus grave. Il était évident qu'il n'y avait plus rien à attendre des moyens locaux de traitement. En présence de ce péril imminent, se rappelant ce qu'il connaissait des effets de l'ivresse sur les animaux soumis, dans un but expérimental, à l'action des alcooliques, M. Faure résolut de plonger cette malade dans un profond état d'ivresse et de l'y maintenir pendant un temps prolongé. Il fit apporter du vieux vin de Bordeaux ; elle en prit de suite plusieurs verres coup sur coup, avec recommandation qu'on lui en administrât un verre par quart d'heure. Le soir elle était effectivement aussi ivre que possible. On continua néanmoins toute la nuit à la faire boire.

Le lendemain matin, l'hémorrhagie était complétement arrêtée, et elle n'a pas reparu depuis. La toux, l'oppression et l'insomnie qui la tourmentaient depuis si longtemps cessèrent. Enfin, chose bien digne de

remarque, dès ce moment il ne se produisit plus de taches ecchymotiques, et celles qui existaient se résorbèrent en peu de jours. Pendant les quatre jours suivants elle but de trois à quatre bouteilles dans les vingt-quatre heures.

Cette femme a donc été guérie d'une hémorrhagie des plus graves par le vin administré à haute dose. La guérison, ainsi que le fait remarquer avec raison M. Faure, n'est pas le résultat d'une amélioration survenue directement et spontanément dans l'état local des parties malades de la bouche, car près de deux mois après les accidents qui viennent d'être relatés, les gencives étaient encore fongueuses, décollées et saignaient sous la moindre pression. (*Gaz. des Hôpit.*, septembre 1861).

Enfance (*Influence de l'asphyxie des nouveau-nés sur les maladies de la première*). On connaît les maladies du fœtus dans le sein de sa mère. On sait aussi que quelques enfants sont asphyxiés au moment de la naissance, par suite de la lenteur ou des complications du travail de la parturition. Mais l'opinion générale, à cet égard, est que, si l'enfant survit, il sera bien portant.

M. Little cite quarante-sept observations propres à ébranler cette dernière opinion. Selon lui, et dans les cas plus nombreux qu'on ne le pense, la stagnation sanguine qui a lieu à ce moment dans le système capillaire du cerveau et surtout de la moelle produit un état pathologique, qu'on a principalement occasion d'observer ensuite vers l'âge de six mois à deux ans. L'auteur l'appelle *spastic rigidity*, et décrit, sous ce nom, les convulsions, l'idiotie, les paralysies diverses, qu'il n'hésite pas à rapporter à cette cause. Les lésions qu'il a observées en pareil cas varient depuis les extravasions capillaires, ou celles entre le péricrâne et le crâne, ou entre le crâne et la dure-mère, jusqu'à la méningite chronique, la myélite, l'atrophie du cerveau.

Il est bien entendu que tous ces faits se rapportent à des enfants chez lesquels il n'y avait eu, au moment de la naissance, aucune distorsion mécanique du cou. Le travail avait seulement été difficile, prolongé, ou la naissance prématurée; ou enfin, par une cause ou par une autre, il y avait eu, pendant plus ou moins longtemps, cet état connu sous le nom d'asphyxie des nouveau-nés. (*Obst. Society of London*, et *Gaz. méd. de Lyon*, novembre 1861.)

Mamelles multiples; *sécrétion lactée par chacun des mamelons*. Les annales de la science renferment un assez grand nombre d'exemples de femmes multimammes. Mais dans beaucoup de ces cas il n'est pas certain que l'on ait eu affaire effectivement à des mamelles multiples, toutes pourvues de leur appareil sécrétoire et excrétoire, et qu'on n'ait pas pris pour telles des tumeurs de diverse nature, dont le siège seul aurait pu donner le change. Voici une observation de véritables mamelles multiples recueillie par M. Chatard, premier interne à l'hôpital Saint-André de Bordeaux, et qui, grâce au soin avec lequel elle a été prise, ne peut laisser aucune prise au doute.

Une jeune femme, âgée de vingt-six ans, de petite taille et bien conformée, mais d'un tempérament lymphatique exagérée et d'une constitution affaiblie, entre à l'hôpital Saint-André, ressentant les premières douleurs de l'enfantement. Elle accouche heureusement après sept heures de travail ; les suites de couches sont heureuses, et la montée du lait a lieu le deuxième jour, sans fièvre.

Sur le devant de la poitrine, on remarque quatre mamelons disposés de la manière suivante : Deux mamelons supérieurs situés à droite et à gauche du sternum, distants entre eux de 215 millimètres, parfaitement semblables en tous points, et à $0^{m},12$ au-dessous de la clavicule. Ils ont le volume que l'on observe habituellement chez les primipares ; ils sont saillants et entourés d'une auréole brune, de $0^{m},01$ de rayon, avec une dizaine de follicules assez symétriquement placés. Par la pression, on en fait aisément suinter du colostrum. — A $0^{m},065$ plus bas, exactement sur la même ligne et à la même distance du sternum, on remarque deux autres mamelons surmontant une mamelle ayant à peu près le quart du volume de la mamelle supérieure. Ces mamelons, très-petits, s'érigent très-bien lorsqu'on les excite ou quand on les titille avec le doigt. L'auréole est étroite, très-foncée, et présente quelques follicules. — Lors de la montée du lait, chacune des quatre mamelles augmenta de volume, et du lait s'écoula par chacun des mamelons. Examiné soigneusement au microscope, le lait fourni par les deux

mamelles supplémentaires fut trouvé ayant les mêmes éléments que le lait provenant des mamelles supérieures. Il était seulement sécrété en beaucoup moins grande quantité. Cette femme allaita son enfant pendant deux jours, mais anémique et atteinte de phthisie pulmonaire, elle dut cesser. De l'iodure de potassium lui fut administré à titre d'antilaiteux. La succion n'avait été pratiquée que sur les mamelles supérieures, aussi furent-elles plus promptement dégorgées que les autres, qui, durant deux jours, fournirent encore du lait s'écoulant en gouttelettes, lorsqu'on exerçait des tractions sur les mamelons. Bientôt la sécrétion fut tarie, les seins diminuèrent de volume, et les mamelles supplémentaires revinrent à l'état rudimentaire qu'elles avaient avant la grossesse. (*Journ. de méd. de Bordeaux*, septembre 1861.)

Sinus *maxillaire* (*Inflammation du*); *ponction sous-cutanée*; *guérison*. L'inflammation phlegmoneuse franche du sinus maxillaire est une affection qui doit être commune, et que cependant l'on a rarement l'occasion d'observer. Cela tient à ce que, au début, les malades souffrant de violents maux de dents croient à une odontalgie, et vont trouver un dentiste qui extrait la dent suspecte. Mais les douleurs continuent, la joue grossit, le maxillaire, beaucoup plus mince au fond de l'alvéole d'une dent récemment extraite, cède en ce point, le pus s'écoule. M. le docteur Petit, de Lille, a eu dernièrement l'occasion d'observer un cas de ce genre, qui a nécessité, en raison des circonstances exceptionnelles qu'il présentait, une ponction sous-cutanée du maxillaire.

Un homme de quarante-cinq ans, d'un tempérament extrêmement robuste, d'une excellente santé, s'étant exposé en plein air par un grand froid, fut pris subitement d'une douleur très-vive dans la joue droite. Cette douleur, qui fut calmée par l'application de quelques topiques chauds, revenait tous les jours à l'occasion du plus léger refroidissement, et tous les jours plus forte et de plus longue durée : M. Petit fut appelé. Ce qui le frappa au premier abord était un défaut de symétrie dans la figure, dont la partie droite était plus volumineuse, bien que la peau eût conservé sa coloration normale et qu'elle ne fût le siége d'aucun empâtement. En percutant médiatement le côté gauche, on produisait un ébranlement, qui, se communiquant à travers la portion solide de la face, réveillait encore de la douleur. La narine droite, rétrécie par le gonflement du maxillaire, était cependant très-perméable à l'air ; l'inspiration par le nez était douloureuse. La bouche ouverte, on pouvait mouvoir les lèvres et toucher légèrement les gencives sans occasionner de douleur ; toutes les dents étaient très-douloureuses au toucher ; aucune d'elles n'était ni cariée, ni ébranlée ; la fosse canine était très-nettement dessinée ; loin d'être le siége d'une tumeur, elle n'est pas même effacée ; elle est aussi profonde que celle du maxillaire sain ; pas de trace de pus dans la bouche, aucune odeur.

Le lendemain, M. Petit constata dans le fond de la bouche, vers les dernières dents molaires, quelques gouttes de mucus épaissi jaunâtre. On ne voyait sourdre le pus par aucune dent ; il venait de derrière la grosse molaire ; la pression exercée entre l'oreille et la branche du maxillaire inférieur faisait trouver un empâtement profond. Le malade accusait des douleurs atroces et réclamait à grands cris une opération qui le soulageât.

En présence d'un phlegmon extrêmement probable du sinus maxillaire, M. Petit se décida à faire une ponction exploratrice du sinus, se réservant, s'il était nécessaire, d'élargir cette ouverture, et pour que, dans le cas peu probable où l'on n'aurait pas trouvé de pus, cette ponction ne fût l'occasion d'aucun accident, de la faire d'après la méthode sous-cutanée. Il choisit pour faire cette ponction la petite fossette qui se trouve au-dessus de la seconde petite molaire, et la pratiqua à l'aide d'un fort trocart en suivant un trajet oblique de bas en haut sous la joue, dans l'espace de quelques millimètres ; puis redressant l'instrument, auquel il imprima trois mouvements de rotation. Après avoir senti qu'il avait pénétré dans une cavité, il agrandit un peu l'ouverture osseuse par un mouvement demi-circulaire, pendant lequel l'arête triangulaire de son trocart devait agrandir l'ouverture, et il retira l'instrument. Immédiatement, deux ou trois gouttes de pus sortirent, et le malade fut tellement soulagé, qu'il ouvrit de suite, spontanément et largement la bouche, déclarant qu'il n'éprouvait plus aucune douleur. Les suites de cette petite opération furent des plus simples ; un grand nombre de fois dans la première journée, et pendant les huit

jours suivants, le malade rendit, par expuition, des crachats purulents. Des cataplasmes fréquemment renouvelés furent appliqués sur la joue; il ne ressentit plus aucune douleur, mais la pression sur le maxillaire, dans l'acte de la mastication, était toujours sensible. Ce ne fut qu'une quinzaine de jours après qu'il put mâcher. Trois mois environ après, on ne pouvait plus trouver, par le toucher, aucune trace de la perte de substance qu'avait subi le maxillaire. (*Bull. méd. du Nord*, juillet 1861.)

Strangulation *du fœtus par l'enroulement du cordon ombilical.* Rien de plus fréquent que l'enroulement du cordon autour du cou du fœtus, et cette disposition constitue un danger pour l'enfant pendant l'accouchement, si l'homme de l'art ne pare pas à cette cause de dystocie. Mais il n'en est pas de même des cas dans lesquels l'anse ombilicale étreint le cou du fœtus de façon à le faire périr; aussi nous empressons-nous d'enregistrer le fait que publie M. le docteur Bartscher d'Osnabruck.

Obs. Mme G*** est accouchée facilement de quatre enfants qui tous ont présenté un enroulement très-serré du cordon ombilical autour du cou. Le cordon avait d'ailleurs toujours une longueur de plus de vingt-deux pouces.

Les premiers temps d'une cinquième grossesse se passèrent sans accident. A la fin du septième mois, Mme G*** éprouva une douleur violente, passagère d'ailleurs, dans la région lombaire droite. En même temps, le fœtus exécuta des mouvements singulièrement énergiques. La douleur s'apaisa au bout de quelques jours, mais les mouvements de l'enfant cessèrent en même temps.

Pendant dix à douze jours, Mme G*** éprouva une pesanteur incommode dans le bas-ventre, une grande lassitude, des nausées et des frissons répétés. Ces symptômes continuèrent à s'aggraver pendant plusieurs semaines, jusqu'au terme de la grossesse.

L'accouchement se fit lentement. Les eaux étaient très-abondantes et avaient une odeur fétide. L'enfant était mort, ramolli, et dépouillé presque partout de son épiderme. La tête avait un volume exagéré.

Le cordon ombilical avait une longueur de vingt-cinq pouces; il contenait très-peu de gélatine de Wharton, et présentait, dans plusieurs points, un aspect gangréneux. Après avoir fait deux fois le tour du cou, il aurait formé plusieurs nœuds extrêmement serrés. La compression du cou avait été si violente que les parties molles se trouvaient étroitement collées contre la colonne vertébrale. La putréfaction de l'enfant était d'ailleurs trop avancée pour que l'autopsie pût donner quelques résultats intéressants.

On remarquera la sensation douloureuse éprouvée subitement par la mère au moment sans doute où l'enfant, serré au cou, exécuta de brusques mouvements, lesquels se communiquèrent d'autant plus aisément à la matrice que le cordon enroulé était devenu trop court. Cette circonstance, jointe à la cessation rapide de tout mouvement, pourrait mettre sur la voie du diagnostic, bien inutilement, il est vrai, pour la mère et l'enfant. *Mona. für Gebur.*, et *Gaz. hebd.*, novembre 1861.)

Teigne de lait. *Son traitement par la pommade a l'oxyde rouge de mercure.* Voyant quelque analogie de nature entre la teigne de lait et la blépharite ciliaire, M. le docteur Herpin de Brèhémont (Indre-et-Loire), a eu l'idée d'appliquer à la première de ces affections le traitement par la pommade à l'oxyde rouge de mercure qui lui a procuré des succès presque constants dans l'inflammation des bulbes pileux des paupières. Cette médication lui a paru assez avantageuse pour l'engager à la faire connaître; nous extrayons de son article le passage suivant dans lequel est exposée la pratique de l'auteur et les résultats heureux qu'il a obtenus :

Je fais couper les cheveux sur les croûtes, et dans l'intervalle, pour les isoler, je coupe également les croûtes par parties, en les soulevant avec la lame des ciseaux passée sous leurs bords et, autant que cela est possible, sans produire de douleurs. La tête en partie nettoyée, je fais mettre un cataplasme de farine de graine de lin à plat; le lendemain, le cataplasme est enlevé, la tête essuyée avec un linge sec, les cheveux et les croûtes coupés de nouveau; puis, sur trois ou quatre points, là où les croûtes paraissent se détacher et les petites plaies s'aviver, je promène le doigt enduit de la pommade en petite quantité; le reste du jour, la tête est recouverte d'une compresse sèche. Le soir, un nouveau cataplasme est réappliqué, et le lendemain matin les onctions renouvelées avec les mêmes indications.

J'ai toujours été surpris de la promptitude avec laquelle les croûtes se détachaient et la tête devenait nette, sans qu'il fût nécessaire de toucher tous les points malades avec le remède. Si le mal reparaissait après plusieurs semaines, la même pommade en avait promptement raison; je conseillais seulement de prolonger son emploi un peu après que le mal avait disparu, et, je dois le dire, les récidives ont été rares et toujours peu inquiétantes.

Par excès de prudence, j'ai pour habitude de placer un exutoire sur l'un des bras de l'enfant, et quelquefois de donner à l'intérieur la teinture d'iode, l'iodure de potassium en solution et le sirop antiscorbutique, ce qui ne m'empêche pas de rapporter entièrement au traitement local tous les résultats obtenus.

Voici la formule de la pommade :

Oxyde rouge de mercure.	4 grammes.
Axonge.................	18 grammes.

Mêlez.

Je n'ai jamais vu survenir le moindre accident avec l'emploi local de l'oxyde rouge de mercure à cette dose; j'ajouterai encore que j'ai dû généraliser l'application de cette pommade, et qu'employée pour la guérison des affections cutanées de toute nature, depuis dix années, j'ai toujours été parfaitement servi par elle. (*Gaz. des Hôp.*, septembre 1861.)

Urétrorrhée; *espèce non décrite d'écoulement urétral chez l'homme; traitement*. Dans un mémoire récemment publié par M. Diday, ce médecin vient de décrire une nouvelle espèce d'urétrorrhée, qui était jusqu'à présent restée confondue avec la blennorrhagie commune. Voici en quels termes il en expose la marche et les caractères :

Outre les écoulements de cause interne (dentition, dartres, rhumatisme), et ceux de cause mécanique (injections, cathétérisme), l'urètre de l'homme a deux espèces d'écoulement résultant de la contagion. L'une, la blennorrhagie, très-fréquente, s'accompagnant d'une inflammation plus ou moins forte, selon certaines circonstances individuelles, mais offrant toujours, quelle que soit son intensité, un degré variable d'acuité à ses diverses périodes; l'autre, l'urétrorrhée, plus rare, beaucoup moins inflammatoire, et sous le rapport de l'acuité présentant, pendant toute sa durée (parfois très-longue), une uniformité complète.

La blennorrhagie résulte exclusivement du contact de la matière sécrétée par une blennorrhagie; malgré les apparences contraires, elle n'est produite par le contact d'aucune autre sécrétion de la muqueuse génitale.

L'urétrorrhée résulte du contact du sang menstruel, et peut-être aussi du contact de quelques autres sécrétions de la muqueuse génitale.

Le traitement de l'urétrorrhée consiste d'abord dans une médication antiphlogistique (bains, décoction de chiendent, orgeat, eau d'Evian, à la dose de deux ou trois verres, abstinence et continence) continuée quinze, vingt ou trente jours; puis on a recours aux injections, une par jour, pendant cinq jours environ de suite, avec la solution suivante :

Eau distillée.........	150 grammes.
Nitrate d'argent......	8 centigr.

Enfin quelques purgatifs salins comme dérivatif (*Arch. de méd.*, octobre 1861.)

VARIÉTÉS.

Nouvel amygdalotome,

Par M. le docteur Chassagny, de Lyon.

Si l'habileté du chirurgien se mesure à la simplicité des instruments qu'il emploie, si le plus souvent le bistouri doit être son arme de prédilection, il est cependant des cas dans lesquels la nécessité d'opérer avec promptitude, sur des organes profondément cachés et difficilement accessibles, impose le devoir de recourir à des complications instrumentales qui ont pour résultat de simplifier le manuel opératoire, d'éviter les tâtonnements et d'abréger l'opération, en lui donnant un caractère de précision mathématique.

Ainsi en est-il de la résection des amygdales, si chez quelques malades bien

disposés, le bistouri peut suffire pour terminer cette opération avec toute la prestesse et l'habileté désirables; souvent aussi, il arrive que l'on rencontre des difficultés insurmontables, créées par des vomissements, par l'abondance des mucosités sanguinolentes qui remplissent la bouche au premier contact des instruments, aussi bien que par l'indocilité des jeunes sujets, et des mouvements spasmodiques que la volonté la plus énergique ne peut pas toujours réprimer chez l'adulte.

De tous les instruments créés pour faciliter cette opération, l'amygdalotome de Fancstok est sans contredit celui qui remplit le mieux les principales indications; grâce aux perfectionnements qu'il a reçus dans ces derniers temps, on peut le considérer comme approchant de la perfection.

Il est cependant quelques cas où il est difficile de l'appliquer; on en rencontre même où cette application serait tout à fait impossible.

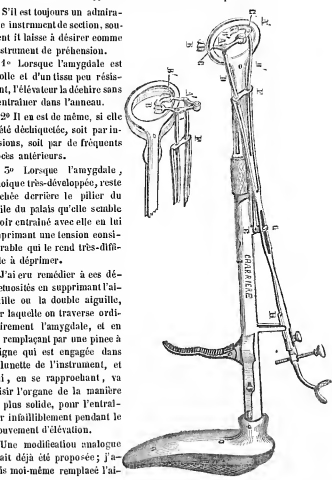
S'il est toujours un admirable instrument de section, souvent il laisse à désirer comme instrument de préhension.

1° Lorsque l'amygdale est molle et d'un tissu peu résistant, l'élévateur la déchire sans l'entraîner dans l'anneau.

2° Il en est de même, si elle a été déchiquetée, soit par incisions, soit par de fréquents abcès antérieurs.

3° Lorsque l'amygdale, quoique très-développée, reste cachée derrière le pilier du voile du palais qu'elle semble avoir entraîné avec elle en lui imprimant une tension considérable qui le rend très-difficile à déprimer.

J'ai cru remédier à ces défectuosités en supprimant l'aiguille ou la double aiguille, par laquelle on traverse ordinairement l'amygdale, et en la remplaçant par une pince à érigne qui est engagée dans la lunette de l'instrument, et qui, en se rapprochant, va saisir l'organe de la manière la plus solide, pour l'entraîner infailliblement pendant le mouvement d'élévation.



Une modification analogue avait déjà été proposée; j'avais moi-même remplacé l'ai-

guille de l'amygdalotome par une pince; mais outre que l'instrument se manœuvrait avec difficulté, il offrait surtout l'immense inconvénient de ne pouvoir saisir de grosses amygdales. En effet, les branches de la pince descendant perpendiculairement dans l'anneau, ne pouvaient s'ouvrir que très-peu et circonscrire un espace moindre que l'anneau lui-même, puisque cet espace était diminué de l'épaisseur des branches et de la partie rentrante des pointes de l'érigne.

Dans l'instrument que je présente aujourd'hui à l'Académie, j'ai tourné cette difficulté de la manière suivante :

Les branches de la pince sont très-courtes, chacune d'elles représente un quart de cercle AB articulé à la charnière au point AA', avec sa congénère A'B', de manière à former à peu près une demi-circonférence terminée à chacune de ses extrémités par une érigne à trois pointes. Cette pince est placée dans l'anneau de l'instrument, dans le sens de son grand diamètre, l'articulation le dépassant un peu, les pointes de l'érigne restant en dessous et circonscrivant un espace plus grand que celui de l'anneau.

Par leur partie moyenne, aux points CC', chacune de ces branches s'articule avec l'extrémité d'une pince à ressort DD' qui, elle-même, s'articule avec la tige de l'instrument au point E; cette pince, se rapprochant à l'aide de l'anneau coulant F fait fermer l'érigne et saisir l'amygdale.

Le coulant F est poussé en avant par la tige à coulisse G, sur laquelle glisse, au point H, une petite plaque à coulisse servant à limiter la fermeture de la pince, cette tige est analogue à l'aiguille des autres amygdalotomes et fonctionne de la même manière; de telle façon que l'instrument peut, avec la plus grande facilité, se manœuvrer d'une main, offrant ainsi les avantages suivants :

1° D'être aussi simple comme manuel opératoire que les autres appareils du même genre;

2° De pouvoir saisir, jusque derrière les piliers du voile du palais, des amygdales très-volumineuses, et en les comprimant, de les faire passer même par un anneau plus petit qu'elles;

3° De saisir toujours l'amygdale avec la plus grande solidité, quelle que soit sa forme et sa friabilité;

4° De pouvoir la prendre, la quitter et la reprendre à volonté, si elle n'a pas été saisie convenablement.

Cet instrument a été exécuté, d'après un modèle informe, par M. Charrière fils, à l'intelligence et à l'habileté duquel je ne saurais trop rendre hommage.

M. le docteur sir Charles Locock, accoucheur de S. M. la reine d'Angleterre, par l'entremise de M. le docteur Olliffe, membre de la Société centrale, a fait don à l'Association générale de la somme de 100 francs. M. le docteur Henri Roger a également fait don à l'Association de la somme de 200 francs.

La souscription au buste du professeur Forget sera close le 1er décembre prochain. Nous prions ceux de nos confrères qui ont l'intention d'y prendre part de se hâter de nous envoyer leur souscription, ou de l'adresser directement au secrétariat de la Faculté de Strasbourg.

Chaque souscripteur recevra une notice bibliographique et scientifique de ce savant et laborieux médecin; cette notice sera ornée du portrait du professeur Forget et suivie de la liste des souscripteurs.

Pour les articles non signés, E. DEBOUT.

THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE.

Nouvelles observations à l'appui de l'emploi du nitrate d'argent dans le traitement de la dyssenterie.

Par M. le docteur L. Gros, ancien médecin de l'hôpital de Sainte-Marie-aux-Mines.

Il y a bien des années déjà que, pendant une épidémie grave, j'eus l'occasion de constater les heureux effets du nitrate d'argent contre la dyssenterie. Depuis lors de nombreux faits sont venus me démontrer la supériorité de cette médication sur la plupart de celles qu'on oppose ordinairement à cette maladie. Ces faits justifient pleinement les réflexions judicieuses que M. le docteur Duclos vient de publier dans ce journal (page 97), et auxquelles je n'aurai que peu de mots à ajouter. Les faits bien observés et en nombre suffisant me paraissent d'ailleurs plus éloquents que bien des dissertations théoriques, et, en en relatant ici un certain nombre qui témoignent de l'efficacité du nitrate d'argent contre la dyssenterie, j'espère encourager les praticiens à essayer d'un moyen thérapeutique qui, malgré l'exemple des médecins anglais et américains, malgré celui de MM. Bretonneau, Trousseau, Duclos, etc., en France, a bien de la peine à se généraliser.

Je vais relater, en premier lieu, le fait dans lequel, pour la première fois, j'eus recours au remède que je préconise aujourd'hui; on verra que le résultat obtenu était bien fait pour m'encourager à persister dans la voie thérapeutique qui amena une guérison pour ainsi dire inespérée.

En effet, si, dans ce cas, j'attribue au nitrate d'argent une si large part d'action, c'est que l'amélioration qui suivit son emploi fut la seule qui persista. Deux fois, dans le cours de la maladie, il était survenu un mieux passager, et deux fois le flux dyssentérique avait repris avec une intensité nouvelle, tandis qu'une guérison complète suivit de près l'administration de deux lavements au nitrate d'argent.

En lisant attentivement cette observation, comme aussi plusieurs de celles qui suivent, on reconnaîtra de plus que l'action du nitrate d'argent est complexe. J'ai déjà insisté dans d'autres travaux sur les effets remarquables du nitrate d'argent. (Voir l'Union médicale et la Gazette médicale de Paris de 1857.) Ainsi il agit en premier lieu comme astringent, il modère la sécrétion intestinale, diminue la congestion sanguine et le boursouflement de la muqueuse rectale; mais, en second lieu, nous voyons sous son influence les selles

changer complétement de nature, et, de dyssentériques qu'elles étaient, devenir stercorales. Or, si dans la dyssenterie les selles ne contiennent plus de matières stercorales, cela dépend d'un état spasmodique des intestins, état dont le ténesme est un des symptômes les plus saillants; c'est cet état spasmodique qui provoque la rétention des matières fécales : il y a constipation spasmodique. Puisque nous voyons cette constipation céder aux lavements de nitrate d'argent, ne devons-nous pas admettre que le nitrate d'argent a détruit sa cause essentielle, le spasme intestinal, et lui attribuer une action sédative, antispasmodique manifeste?

Obs. I. Marie L***, âgée de neuf ans, de chétive constitution, maigre, très-impressionnable, est prise, dans la nuit du 2 au 3 septembre 1849, sans cause connue, de diarrhée sans coliques. Le 4, les garde-robes deviennent plus fréquentes, contiennent quelques stries de sang, et s'accompagnent d'un léger ténesme. La peau est un peu chaude, sèche; la langue blanchâtre au centre, rouge à la pointe. (Potion opiacée, petits lavements narcotico-émollients, cataplasmes laudanisés sur le ventre.)

Le 5, le ténesme augmente; vingt selles sanguinolentes dans les vingt-quatre heures; facies un peu grippé, pouls faible, à 100. (*Idem*, un bain prolongé.)

Le 7 et le 8 tous les symptômes s'aggravent; les garde-robes, au nombre de plus de quarante dans les vingt-quatre heures, ne contiennent que du sang et des pellicules blanches. Le pouls est à 110. (Tisane de blancs d'œufs, petits lavements albumineux, cataplasmes laudanisés, frictions vinaigrées sur la peau.)

Le 8 et le 9 l'aggravation continue; il y a eu jusqu'à cinquante-huit selles dans les vingt-quatre heures, les dernières exhalant une odeur d'une fétidité repoussante; le ténesme, intense, n'a pas été modéré par des frictions belladonées sur le ventre et à l'anus. Pendant la nuit, agitation, rêvasseries; ce matin, facies grippé, odeur fétide de l'haleine. (Huile de ricin, 20 grammes.)

Le 11, après plusieurs selles stercorales assez abondantes, accompagnées de coliques, les selles sont redevenues dyssentériques ; il y en a eu dix dans la nuit. Ce matin le ténesme est moindre, le ventre indolent ; le pouls est à 84. (Un bain, frictions belladonées sur le ventre, frictions vinaigrées sur les bras, sous-nitrate de bismuth, 20 centigrammes toutes les deux heures. Les lavements augmentant toujours le ténesme, on les supprime.)

Le 12, les selles sont encore fréquentes, mais ne contiennent que peu de sang ; le ténesme est presque nul par moments. Sur le trajet du côlon descendant et de l'S romaine, on sent des duretés dont la pression provoque des envies d'aller à la selle. (Huile de ricin, 25 grammes.)

Le 13, le purgatif n'a provoqué que l'expulsion de peu de matières fécales; les garde-robes sont redevenues sanglantes ; les coliques sont rares. (Frictions belladonées, bain.)

Le 14, les garde-robes augmentent de fréquence. (*Idem*, reprendre le bismuth.)

Le 15, vingt-neuf selles depuis hier, plus sanglantes que jamais : agitation, pouls à 115, facies pâle, défait, yeux caves, enfoncés, teint plombé, ventre un peu rétracté. (*Idem*, reprendre l'opium, les cataplasmes et les lavements laudanisés.)

Le 18, l'état général s'aggrave ; prostration très-grande ; côlon descendant distendu par des gaz. (*Idem*, supprimer les cataplasmes; mouche de Milan sur la fosse iliaque gauche.)

Le 20, les selles, au nombre de dix-sept, sont toujours sanglantes, ont une odeur infecte, comme gangréneuse ; la peau est sèche, le facies abattu, le pouls misérable, à 96. Je donne un lavement composé de 25 milligrammes de nitrate d'argent dans 100 grammes d'eau distillée. Ce lavement est gardé trois minutes. Dans la journée il y eut neuf selles mélangées de matières fécales noires et dures. Le soir, on donne un second lavement, comme le premier, qui est également gardé trois minutes, et suivi d'une selle copieuse, composée entièrement de matières fécales brunes, liquides et très-fétides. Dans la nuit survinrent encore trois selles, sans traces de sang.

Le 21, le facies est naturel, la peau a perdu sa sécheresse, le pouls est à 96. (Bain tiède, eau de Sedlitz, un verre.)

Le 22, le purgatif a provoqué plusieurs selles stercorales, avec de violentes coliques. La malade a dormi toute la nuit. Ce matin, le pouls est calme, à 90, la peau moite; l'appétit se réveille. (Un bain, deux soupes.)

Le 26, la convalescence était franchement établie.

Dans l'observation suivante, il est une particularité qui mérite d'être signalée : pendant les deux premiers jours, nous faisions précéder le lavement médicamenteux d'un lavement d'eau pure. Or, ce lavement simple provoquait des douleurs abdominales atroces et un ténesme très-fort, tandis que le lavement au nitrate d'argent n'en provoquait pas du tout. Nous renonçâmes dès lors aux lavements simples, et les douleurs ne se reproduisirent pas. Dans ce cas encore, sous l'influence du nitrate d'argent, le cours des matières fécales se rétablit promptement.

Obs. II. Mme W***, âgée de cinquante-six ans, épuisée par les maladies, de tempérament nerveux, a dans les deux poumons des cavernes considérables. Il y a deux ans, à la suite d'une pleurésie avec épanchement, il se forma une fistule pleurale sous le mamelon gauche, fistule qui est encore ouverte aujourd'hui, et qui donne issue à du pus. La malade est sujette à des constipations opiniâtres. A la suite de quelques poudres purgatives, il survint dans le courant de janvier 1851 une diarrhée qui alla en augmentant, malgré les moyens mis en usage pour la calmer. Les selles devinrent bientôt semblables à de la raclure de chairs, s'accompagnèrent de ténesme violent, et vers la fin de février elles devinrent sanguinolentes.

Appelé en consultation le 27 février, je constatai une dyssenterie aiguë bien caractérisée. Pendant deux jours, nous insistâmes sur le traitement classique par les émollients et les narcotiques, sans aucune amélioration. Le nombre des selles était de vingt à trente par jour, s'accompagnant de coliques intenses et d'un ténesme considérable par moments.

Le 2 mars, nous prescrivons deux lavements, contenant chacun 5 centigrammes de nitrate d'argent dans 100 grammes d'eau distillée, des cataplasmes anodins, des frictions avec la pommade de belladone sur le ventre et à l'anus.

Le 3, la dose de nitrate d'argent est portée à 75 milligrammes par lavement.

Le 4, deux lavements contenant chacun 10 centigrammes de nitrate d'argent.

Le 5, deux lavements comme hier. Amélioration manifeste, tant par le nombre des selles que par leur nature.

Le 7, septième jour du traitement par le nitrate d'argent, les selles ne sont plus qu'au nombre de deux dans les vingt-quatre heures; les coliques et le ténesme sont nuls; le cours des matières fécales est rétabli et la dyssenterie peut être considérée comme guérie. La malade prend une potion de quinquina comme tonique et mange quelques aliments.

Pendant les mois d'automne de 1857, les cas de dyssenterie furent assez fréquents à Paris, et nous en avons observé un certain nombre dans les hôpitaux, en particulier à la Charité. Nous allons rapporter les suivants, qui nous paraissent présenter un certain intérêt pratique.

Obs. III. La nommée G. Cl**, âgée de dix-neuf ans, domestique, entre le 1er juillet 1857 à la Charité, dans le service de M. Nonat. Accouchée le 19 mai, elle vit, quatre semaines après l'accouchement, se former une tumeur dans le côté gauche du bas-ventre. Cette tumeur était douloureuse et augmenta rapidement de volume; elle fut combattue par des vésicatoires. En même temps, survint une diarrhée qui dura six semaines, et qui céda presque spontanément lorsque la malade fut entrée à l'hôpital.

Le 8 août, sans cause connue, la diarrhée reprend; il s'y joint un ténesme violent.

Le 10, le ténesme est incessant; les selles contiennent du sang et des mucosités blanches. (Pilules d'opium.)

Le 11, selles presque incessantes, contenant du sang et des matières purulentes; ténesme atroce; soif intense; vomissements bilieux ce matin. (Eau de riz, cataplasmes laudanisés, opium, 0gr,09 en trois pilules, lavement avec 0gr,05 de nitrate d'argent dans 150 grammes d'eau.)

Le 12. Hier, un accès de fièvre après le lavement, que la malade a gardé cinq minutes. Ce matin, selles moins fréquentes, ténesme moindre, nausées, ventre un peu douloureux à gauche (tumeur).

Pouls petit, à 110. (*Idem*, le lavement au nitrate d'argent sera précédé d'un lavement simple.)

Le 13, les selles sont stercorales, beaucoup moins fréquentes, le ténesme nul. (*Idem*.)

Le 14, diarrhée simple.

Obs. IV. Cl. C***, âgée de quarante-cinq ans, cuisinière, entre à la Charité dans la salle Saint-Vincent (service de M. Ch. Bernard), le 28 août 1857, pour une dyssenterie aiguë.

Il y a quinze jours, après de grandes fatigues, elle a été prise de vomissements, de coliques et de diarrhée. Il y a quatre jours, malgré un traitement rationnel, les selles devinrent sanguinolentes ; il y en avait jusqu'à vingt par jour, avec ténesme et épreintes incessantes.

Traitée par les opiacés, la dyssenterie reste stationnaire, et le 30 la malade accuse une grande fatigue ; le ténesme est des plus douloureux, les selles très-fréquentes. (Riz gommé, bouillon, potage, deux quarts de lavements avec 0gr,05 de nitrate d'argent dans 150 grammes d'eau.)

Le 31, pas de selles hier, ni dans la journée, ni dans la nuit. Les douleurs et le ténesme sont calmés. (*Idem*, moins les lavements.)

Le 1er septembre. Ce matin à quatre heures, les selles sanguinolentes ont reparu, avec ténesme et strangurie ; il y en a eu dix dans la matinée. (*Idem*, un quart de lavement avec nitrate d'argent, 0gr,10.)

Le 2, encore trois selles sanguinolentes pendant la nuit. Ce matin la malade va bien, n'a eu ni selles, ni coliques depuis cinq heures du matin. (*Idem*, deux quarts de lavement avec 0gr,10 de nitrate d'argent dans chacun.)

Le 3, pas de coliques depuis hier, deux garde-robes seulement, ne contenant pas de sang. (*Idem*, un quart de lavement avec nitrate d'argent, 0gr,05 ; deux bouillons, deux potages.)

Le 4, deux selles stercorales depuis hier ; va bien. (*Idem*, un quart de lavement avec nitrate d'argent, 0gr,05.)

Le 5, l'amélioration continue. Une seule garde-robe stercorale, moulée, dans les vingt-quatre heures. (*Idem*.)

Le 6, la malade va très-bien. (On cesse toute médication, une portion.)

Exeat, le 10.

Obs. V. L. C***, âgé de vingt-six ans, garçon marchand de vins, entre à la Charité (salle Saint-Félix, service de M. Ch. Bernard), le 12 août 1857, pour une albuminurie avec œdème des membres inférieurs. Cet œdème fut traité par les purgatifs, le chiendent nitré, etc.

Le 1er septembre, diarrhée avec selles muqueuses et sanguinolentes, ténesme intense. Cette diarrhée va en augmentant pendant quatre jours.

Le 4, le malade a eu au moins quarante selles sanguinolentes depuis hier. (Deux quarts de lavement avec nitrate d'argent, 0gr,05 dans chacun.)

Le 5, huit selles hier dans la journée, cinq pendant la nuit. Les dernières sont bilieuses et contiennent moins de sang; ténesme moindre; langue sale; le malade a néanmoins de l'appétit. (Trois quarts de lavement *ut suprà.*)

Le 6, amélioration notable, selles stercorales. (*Idem.*)

Le 7, le malade va bien; on cesse toute médication.

Obs. VI. Une femme de trente-six ans, de chétive constitution, entre à la Charité (service de M. Rayer) le 20 septembre 1857, pour une dyssenterie aiguë, avec symptômes généraux intenses, douleurs vives dans tout l'abdomen, principalement le long du côlon ascendant et du côlon transverse. Jusqu'au 2 octobre les accidents sont combattus par les antiphlogistiques, les émollients, les opiacés, sans aucune amélioration.

Du 2 au 5 octobre, la malade prend chaque jour un quart de lavement avec 0gr,20 de nitrate d'argent. Les selles deviennent moins sanguinolentes, mais les douleurs abdominales persistent. On revient aux opiacés, qu'on continue sans résultat jusqu'au 17.

Le 18, les selles sanguinolentes ont repris leur fréquence, les douleurs abdominales et le ténesme sont très-vifs, l'état général déplorable. Amaigrissement considérable, face pâle, défaite; pouls fréquent, petit; quelques vomissements bilieux. (On continue les opiacés et on prescrit deux pilules contenant chacune 0gr,01 de nitrate d'argent.)

Ce traitement est continué les jours suivants.

Le 22, l'amélioration est déjà notable; les douleurs sur le trajet des côlons ont diminué. Les selles, encore fréquentes, deviennent stercorales; l'appétit se fait sentir. (Même traitement; alimentation progressive, vin de Bordeaux.)

Le 25, les selles dyssentériques ont cessé, de même que les douleurs abdominales; les forces reprennent, l'appétit se soutient, les digestions sont régulières; on cesse le nitrate d'argent. (Quinquina, deux portions.)

La convalescence fut rapide.

Obs. VII. J.-B. L***, âgé de vingt-quatre ans, palefrenier, à Paris depuis dix jours seulement, est pris, à la suite de privations de toutes sortes, de dyssenterie aiguë. Il entre à la Charité (service de M. Ch. Bernard) le 2 septembre 1857, se disant malade depuis deux jours. A son entrée, selles incessantes de sang presque pur, avec quelques mucosités, ne contenant pas trace de matières stercorales; ténesme violent, teint jaune, abattement considérable. (40 grammes d'huile de ricin.)

Le 3, pas d'amélioration. Ce matin les selles sont incessantes, ne contiennent que du sang; ténesme intense. (Trois quarts de lavement, contenant chacun 0gr,10 de nitrate d'argent.)

Le 4, même état. (*Idem.*)

Le 5, les selles sont toujours sanguinolentes; le malade a rendu deux lombrics. Les douleurs abdominales sont moindres; langue sale, teint bilieux, jaune; soif vive; apyrexie. (Trois quarts de la-

vement, contenant chacun 0gr,10 de nitrate d'argent et 10 gouttes de laudanum.)

Le 6, aucune amélioration. Tout le ventre est douloureux au toucher. (Suppression des lavements, que le malade garde à peine une minute; opium, 0gr,30 en 12 pilules.)

Le 7, les selles sont moins sanglantes, un peu jaunâtres, toujours très-fréquentes. Le malade se sent un peu mieux. (Opium, 0gr,20 en 8 pilules.)

Le 8, les selles sont plus fréquentes qu'hier, contiennent peu de sang. Les douleurs abdominales ont repris; pouls à 86, peau chaude, somnolence. (Suspension de l'opium, deux quarts de lavement avec nitrate d'argent, 0gr,10 dans chacun, nitrate d'argent, 0gr,20 en 10 pilules.)

Le 9, les selles sont moins fréquentes, assez stercorales, et ne contiennent plus de sang; le ténesme est très-peu prononcé; pouls apyrétique; langue assez nette. (Cesser le nitrate d'argent; sous-nitrate de bismuth.)

Le 10, le malade a mangé hier sans permission; diarrhée intense depuis hier soir. (*Idem.*)

Le 12, la diarrhée persiste; selles fréquentes, contenant des mucosités, mais pas de sang. (Nitrate d'argent, 0gr,20 en 10 pilules.)

Le 13. Depuis hier, sept garde-robes seulement, plus épaisses, plus stercorales. (*Idem.*)

A partir de ce moment, la maladie s'amenda rapidement.

Aucun de ces faits, on le voit, n'est défavorable au nitrate d'argent; mais il est à remarquer que l'action du médicament a été plus lente, moins décisive dans les deux derniers cas que dans les autres observations que nous venons de relater; que si, de plus, dans plusieurs cas, il a suffi d'administrer le nitrate d'argent en lavements, dans les autres, au contraire, les accidents n'ont cédé qu'après l'emploi du même agent administré par la bouche. Cette diversité d'action reconnaît très-certainement pour cause les variétés du siége de la dyssenterie. En effet, on sait fort bien que le plus souvent la dyssenterie siége dans la moitié inférieure du gros intestin, dans le rectum, l'S iliaque, mais ne s'étend pas au delà du côlon descendant. Dans d'autres cas de dyssenterie, plus rares dans nos climats que dans les pays chands, l'entérite s'étend à tout le gros intestin, et peut même dépasser la valvule iléo-cœcale. Ces entérites dyssentériques très-étendues s'accompagnent d'ordinaire de symptômes généraux assez sérieux, et on peut le plus souvent les reconnaître à l'intensité des douleurs abdominales, qui s'étendent dans tout l'abdomen, et en occupent aussi bien le flanc droit que le côté gauche.

Une fois cette division reconnue vraie, on comprend facilement que, lorsque la dyssenterie siége dans toute l'étendue du gros intes-

tin, les lavements ne sauraient pénétrer assez haut pour agir topiquement sur toute la muqueuse enflammée, d'autant plus que le ténesme s'oppose d'ordinaire à l'introduction de lavements copieux. Il faut donc chercher à agir différemment sur la partie supérieure du gros intestin, et les astringents administrés par la bouche ont plus de chances d'agir efficacement que les mêmes substances administrées en lavements. C'est ainsi qu'il faut, pensons-nous, expliquer l'insuccès des lavements au nitrate d'argent dans les deux derniers cas que nous venons de relater, insuccès qui paraît donc beaucoup moins s'adresser au médicament lui-même qu'à son mode d'administration, puisque dans les deux cas l'affection a été promptement modifiée par le nitrate d'argent en pilules.

Le nitrate d'argent, nous le répétons, est, suivant nous, un remède précieux contre la dyssenterie. Son action est à la fois calmante et astringente; en lavements comme en pilules, il calme promptement l'élément douleur, les coliques et le ténesme; il fait cesser le spasme intestinal qui s'oppose à l'expulsion des matières stercorales, et modifie ainsi promptement la nature des évacuations; enfin, par son action astringente, il tarit l'exsudation sanguine de la muqueuse intestinale, et modifie promptement la vitalité des tissus avec lesquels on le met en contact.

Les doses employées dans la plupart des cas que nous venons de relater ont été très-faibles, trop faibles peut-être.

Dans les pays où la dyssenterie sévit épidémiquement, aux Indes par exemple, on emploie le nitrate d'argent beaucoup plus largement. Le docteur Stephen Ward conseille des lavements avec 0,20 de nitrate d'argent sur 60 grammes d'eau; il les fait garder une heure et les fait suivre au bout de ce temps d'un lavement émollient. C'est, pour ce praticien, un des modes de traitement les plus efficaces. (*The Lancet*, novembre 1857.)

Est-ce à dire que dans le traitement de la dyssenterie on doive abandonner tout autre médicament, et se borner à administrer le nitrate d'argent. Certes non : lorsqu'on est en face d'une affection aussi grave que la dyssenterie, on ne doit pas volontairement se priver de l'emploi de certains moyens qui sont généralement reconnus efficaces, et notre intention, en préconisant l'emploi du nitrate d'argent, en spécifiant les cas qui paraissent l'indiquer, et en indiquant les modes d'administration qui nous semblent préférables, est simplement d'ajouter aux ressources thérapeutiques généralement employées un moyen utile, et qui n'empêche nullement l'emploi simultané de médicaments plus connus. Nous ajouterons enfin

que le repos au lit et un régime convenable nous paraissent deux choses indispensables pour la guérison de toute dyssenterie un peu intense.

De l'huile de croton-tiglium, de ses propriétés et de ses usages thérapeutiques (¹).

Par M. le docteur JOLLY.

Emploi de l'huile de croton à l'extérieur. — L'huile de croton-tiglium s'emploie à l'extérieur plutôt pure que mélangée à une certaine quantité d'huile d'amandes douces, comme l'ont conseillé quelques-uns de nos confrères.

Dans le premier cas, il suffit d'une seule friction avec quelques gouttes d'huile pure pour produire une éruption que l'on n'obtient que très-difficilement, après cinq ou six frictions avec l'huile mélangée.

L'huile pure appliquée sur une partie quelconque de l'organe tégumentaire y produit de la cuisson et de la rougeur; la partie sur laquelle on a fait la friction se recouvre, au bout de quelques heures, d'une multitude de petits boutons acuminés qui se transforment en pustules. La dessiccation se fait vers le troisième jour, et la desquammation n'est complète que le dixième.

L'éruption varie selon la qualité de l'huile employée, la partie du corps sur laquelle la friction a été pratiquée, et surtout selon la manière dont elle a été pratiquée; l'ydiosyncrasie du malade n'est pas étrangère à son plus ou moins de développement. Jamais nous n'avons exercé une friction pendant plus de cinq à six minutes, avec 4 à 5 gouttes d'huile, dans une étendue de la largeur de la paume de la main, sans obtenir une forte éruption.

M. Léon Marchand, dans sa thèse, cite l'observation d'un hypocondriaque auquel on a fait successivement, à un ou deux jours d'intervalle, des frictions sur l'épigastre : trois fois avec 15 gouttes, une fois avec 25, et deux autres avec 20 gouttes d'huile de croton sans aucun succès; pas la moindre rougeur ne s'est manifestée.

Cependant l'huile de croton dont on s'était servi avait été essayée sur d'autres malades chez lesquels elle avait réussi. Voilà donc un individu qui s'est montré entièrement réfractaire à l'action externe de l'huile de croton.

Il eût été curieux de lui en faire prendre à l'intérieur, pour savoir si dans ce cas elle aurait produit une purgation. L'indication

(¹) Suite et fin. —Voir la livraison précédente, p. 385.

nous paraissait d'autant plus évidente, qu'au dire de M. Nonat, chef du service dans lequel se trouvait le sujet de cette observation, « il fallait surtout traiter le moral; l'examen le plus attentif ne découvrant rien, ni au cœur, ni aux poumons, » etc.

Ce fait n'est pas aussi rare que l'on pourrait le penser; il suffit, pour s'en convaincre, de suivre pendant quelques semaines les visites de M. Huguier à l'hôpital Beaujon. Ce chirurgien distingué ne pratique pas une opération grave sur l'utérus ou ses annexes sans faire faire, la veille, une large friction avec l'huile de croton sur les cuisses, sur le ventre et dans le dos de ses malades. Quelquefois il les fait frictionner depuis les aisselles jusqu'aux talons. Une éruption générale suit habituellement chaque friction, et selon que cette dernière a été pratiquée avec une quantité plus ou moins grande d'huile, elle est plus ou moins forte. Mais il arrive aussi que l'éruption ne se produit pas, alors même que les frictions ont été très-fortes et plusieurs fois répétées. L'une des sœurs de l'hôpital, chargée de ce service, nous a raconté avoir frotté une malade sur tout le corps avec 15 grammes au moins d'huile de croton-tiglium, sans qu'il en soit résulté la moindre rougeur. M. Huguier a confirmé le fait, et il a ajouté qu'en règle générale les peaux blondes étaient beaucoup plus sensibles à l'action de l'huile que les peaux brunes, que les malades finissaient par s'habituer à ces frictions, et qu'à la fin elles devenaient entièrement réfractaires à leur action.

Nous verrons bientôt l'action de l'huile de croton sur les téguments se manifester d'une manière toute contraire, c'est-à-dire qu'une friction pratiquée sur la peau, dans un cercle de 5 à 6 centimètres, donnera une éruption qui s'étendra trois ou quatre fois au delà.

Jamais, à la suite de l'usage de l'huile de croton en friction, soit autour de l'ombilic, soit sur l'épigastre, soit dans le creux des aisselles, nous n'avons noté d'effet purgatif, dans plusieurs centaines de cas où nous l'avons employée. Il n'est donc pas exact de dire qu'on produit des évacuations alvines en frictionnant la région ombilicale, voire même l'ombilic, avec quelque quantité que ce soit d'huile de croton-tiglium, pas plus qu'il n'est vrai qu'en pratiquant les frictions, on court risque d'être purgé par le bout des doigts.

Nous ne connaissons pas les expériences de M. Rayer dans lesquelles l'huile de croton appliquée sur la surface dénudée d'un vésicatoire aurait eu un effet purgatif. Nous tenons de M. le professeur Foussagrives, médecin en chef de la marine à Brest, que

l'huile de croton employée par la méthode endermique ne produit pas d'évacuations alvines.

Nous avons craint de répéter cette expérience, qui doit tout au moins occasionner des douleurs fort cuisantes, si elle n'entraîne pas des accidents beaucoup plus graves.

Ce n'est que dans le cas de gangrène que l'huile de croton laisse des cicatrices après son application, et il faut que la friction ait été très-forte et prolongée, ou qu'elle ait été répétée pendant plusieurs jours pour amener un pareil résultat. Ces sortes d'accidents sont très-rares ; je n'en ai observé que deux depuis plus de trente ans que je me sers de l'huile de croton. Au lieu d'être déprimées dans le derme ou froncées comme dans la variole, ces cicatrices font une saillie manifeste, elles sont fortement colorées et presque violacées dans le principe. Au bout de quelques semaines, d'autres fois de plusieurs mois, elles pâlissent et s'affaissent au niveau de la peau. Elles disparaissent d'autant plus vite que la partie sur laquelle elles ont pris naissance est plus exposée à l'air.

On nous a accusé d'avoir décrit trop minutieusement les divers degrés de l'éruption produite par une friction d'huile de croton; nous ne croyons pas inutile d'insister sur cette démonstration, qui sert à diriger le praticien dans le but qu'il veut atteindre. La manière d'employer un médicament fait souvent le succès de la médication. C'est pourquoi nous insisterons sur les recommandations suivantes :

1° L'huile de croton-tiglium employée en friction devra être pure et non mélangée avec l'huile d'amandes douces qui amoindrit considérablement ses effets.

2° Au lieu de pratiquer les frictions avec la main garnie d'un gant de peau, ou avec un tampon de laine, on la fera avec un ou deux doigts ; on aura soin de ne verser l'huile que goutte à goutte sur la partie, tout en continuant la friction, que l'on restreindra dans un cercle étroit, parce que l'éruption tend toujours à s'agrandir considérablement.

3° La durée de la friction sera de cinq minutes environ.

4° On recouvrira la partie frictionnée avec une feuille de gutta-percha ou de taffetas ciré, au lieu de ouate ou de coton, qui s'imprègnent de l'huile et empêchent son absorption.

M. le docteur Debout emploie de préférence du papier chimique qui fait corps avec l'huile de croton, et adhère parfaitement aux parties sous-jacentes. On maintient le tout par un bandage approprié.

5° Au bout de vingt-quatre heures on pansera, avec un papier de soie huilé, de la pommade aux concombres ou du beurre de cacao, etc.

En procédant de la sorte, on obtiendra toujours une éruption proportionnée à la quantité d'huile employée et à la partie du corps sur laquelle la friction aura été pratiquée.

L'usage nous a appris que l'action de l'huile de croton était plus forte sur le tronc et le col que sur la face et sur les membres. Au reste, toutes les parties pourvues de beaucoup de tissu cellulaire fournissent une forte éruption.

Quelques gouttes d'huile de croton en friction ont produit parfois des éruptions considérables. En voici quelques exemples qui nous reviennent en mémoire :

Obs. I. M. Voitrin, ouvrier typographe, âgé de trente-neuf ans, employé au journal *la Presse*, est atteint depuis près de vingt ans d'un asthme nerveux, qui lui occasionne des accès de suffocation de longue durée. Le malade est alors dans un état d'asphyxie véritable, sa face est cyanosée, ses lèvres bleues, les pommettes et les conjonctives sont vivement injectées, le pouls est petit, très-fréquent; on dirait qu'à chaque instant la vie va cesser. Il n'est sorte de médication qui n'ait été essayée pour parer à d'aussi terribles accidents.

Sur mon conseil, on lui fit, le 17 septembre 1860, une friction sur la partie antérieure de la poitrine, avec 2 gouttes d'huile seulement, au lieu de 20 gouttes que j'avais prescrites, et plutôt que de se conformer à mes recommandations, sa femme, trop timorée, se contenta de mouiller le bout de son doigt d'huile de croton, en renversant la fiole qui la contenait, puis elle l'appliqua, sans frictionner à la base de la poitrine et du côté droit, dans une étendue qui ne dépassait pas 2 centimètres.

Le lendemain, le malade était dans une grande agitation. Toute la partie antérieure de la poitrine, jusqu'au-dessus des clavicules, était envahie par une éruption confluente de pustules à différents degrés; le fond de cette vaste surface était d'un rouge cramoisi.

J'ai fait appliquer sur la poitrine un large cataplasme de fécule de pommes de terre; le jour suivant on l'a pansé avec de l'huile d'amandes douces, et ce qu'il y a eu de plus fâcheux, c'est que l'accès d'asthme du pauvre Voitrin n'a été en rien modifié, et qu'il a continué à souffrir tout autant après qu'avant cette éruption.

Obs. II. Une dame B***, atteinte d'une bronchite capillaire, fut frictionnée avec 8 gouttes d'huile de croton à la partie postérieure et supérieure de la poitrine, au côté droit, dans une étendue de 10 centimètres; la friction avait duré quatre à cinq minutes. Quelques heures après, la malade ressentait de la cuisson, de la chaleur, et de la démangeaison dans la partie frictionnée, et le lendemain

matin, tout le dos, de haut en bas, était recouvert de pustules à tous les degrés.

L'éruption était très-confluente. J'ai dû avoir recours aux mêmes calmants pour arrêter l'irritation produite par la friction. Mais, ici, je n'ai eu qu'à me féliciter de ce résultat qui a jugulé la maladie, vainement combattue jusque-là par un traitement antiphlogistique.

Je pourrais citer nombre d'observations semblables où l'étendue de l'éruption a dépassé dix fois, vingt fois le cercle de la friction; je me contenterai de rapporter encore celle-ci, qui m'a été communiquée par le docteur Fonssagrives.

Obs. III. Une de mes belles-sœurs, Mme X***, m'a-t-il dit, était atteinte depuis quelques jours d'une laryngite aiguë, avec aphonie presque complète; je lui fis une friction avec 2 gouttes d'huile de croton sur la partie antérieure du larynx. Le lendemain, tout le col en avant et sur les côtés est envahi par des myriades de pustules à tous les degrés; la peau est d'un rouge vif dans toutes les parties sus-désignées; on est obligé d'avoir recours aux embrocations huileuses pour calmer ces symptômes inflammatoires.

Le jour suivant, la malade avait recouvré la voix et la santé.

La pustulation de l'huile de croton diffère de celle obtenue par la pommade d'Authenriet; avec la première, les pustules sont acuminées et très-resserrées; avec la seconde, elles sont plates et plus étendues; les unes se produisent bien au delà du lieu où on a pratiqué la friction, et les autres ne dépassent pas la limite du cercle qu'on leur a tracé.

L'huile de croton ne produit pas seulement une éruption dans l'endroit où on l'a appliquée; l'observation nous apprend qu'elle en provoque dans d'autres parties du corps, et particulièrement à la région ano-génitale. Jusqu'à présent, ces éruptions éloignées avaient été attribuées au transport direct par la main ou par les vêtements de l'huile sur les parties du corps où avait lieu la pustulation. Nous-même, en 1833, nous avions émis cette explication, qui nous paraissait très-plausible; mais en examinant plus attentivement ces phénomènes, il nous a semblé qu'ils pouvaient bien être produits par l'absorption du médicament. En voici un exemple bien frappant.

Obs. IV. Un négociant, M. P***, âgé de cinquante-cinq ans, est atteint tout à coup d'un enrouement, à la suite d'un refroidissement aux pieds; cet enrouement est bientôt suivi d'une aphonie complète, avec gêne de la respiration. Je lui conseille une friction sur la partie antérieure du col avec 6 gouttes d'huile de croton. L'opération est faite avec tout le soin possible et toutes les précautions imaginables.

Le lendemain, nous enlevons l'appareil et nous constatons que toutes les parties antérieures et latérales du col sont recouvertes de milliers de petites vésicules acuminées sur un fond uniformément rouge.

Le malade avait recouvré l'usage de la parole, et se félicitait de sa prompte guérison. Mais à sa grande frayeur, il avait le scrotum tout couvert de pustules eczémateuses de dimension variable, qui le faisaient beaucoup souffrir.

La production de cette seconde éruption n'est évidemment pas due à un transport mécanique. La friction avait été si complète, qu'il eût été impossible d'enlever un atome d'huile de l'endroit frictionné.

On ne saurait donc expliquer la présence des pustules sur le scrotum autrement que par une action dynamique.

Nous verrons pareille chose se reproduire en parlant de la fabrication de l'huile de croton.

La préparation de l'huile de croton n'est pas exempte d'inconvénients.

C'est en observant ce qui se passe dans la manipulation des graines, leur mouture, leur expression et le transport de l'huile, que l'on arrive à démontrer qu'elle jouit de propriétés exanthématogènes très-manifestes.

Un chimiste distingué, ancien fabricant de sulfate de quinine, M. Thiboumery, qui a souvent préparé en grand l'huile de croton, nous racontait que pendant toute la durée de cette opération, l'air de leur habitation était infecté par des miasmes âcres et nauséeux qui, chez les uns, envahissaient les paupières, chez les autres la gorge et les ganglions maxillaires, et chez quelques-uns la région ano-génitale. Quelques privilégiés n'en ressentaient aucune gêne, mais ceux-là étaient en petit nombre.

Chez les premiers, les paupières rougissaient, s'œdématiaient quelquefois, et provoquaient toujours des démangeaisons insupportables; chez les autres, la gorge se desséchait et les glandes salivaires se gonflaient; enfin, dans la troisième catégorie, nous voyons plusieurs personnes atteintes d'une éruption pustuleuse dans la région ano-génitale. On peut certainement se rendre compte des phénomènes observés dans les deux premiers cas, en les attribuant au principe âcre dont l'air du laboratoire était imprégné; mais on ne peut expliquer la naissance des pustules dans la région élective autrement que par l'action dynamique du médicament.

Voici un fait qui vient appuyer notre manière de voir.

Obs. V. M. M***, un de nos pharmaciens les plus distingués, à

qui nous devons la découverte de la *scillitine*, est aussi le préparateur le plus soigneux qu'on puisse rencontrer. Ces petits détails étaient nécessaires pour l'intelligence de ce qui va suivre.

Il y a dix ans environ, M. M*** avait été chargé de mettre en bouteilles de 10 à 15 grammes plusieurs kilogrammes d'huile de croton-tiglium. Ce transvasement avait duré plusieurs heures et avait été fait avec tout le soin possible et toutes les précautions imaginables, M. M*** n'avait pas imprégné ses doigts d'une seule goutte d'huile pendant toute l'après-midi qu'il avait consacrée à cette besogne.

Malgré cela, vers le soir, il se plaignit d'une courbature générale, avec céphalalgie.

Il ressentit dans la région ano-génitale un sentiment de cuisson avec démangeaison, demanda à se retirer, et en se déshabillant, il s'aperçut que le scrotum était rouge et gonflé; le lendemain, ces parties étaient recouvertes d'une éruption pustuleuse à différents degrés.

Dans ce cas, il n'y a pas eu contamination des parties avec l'huile, et cependant l'éruption s'est opérée, et aurait suivi sa marche habituelle, si on ne l'avait arrêtée par des cataplasmes émollients et des embrocations huileuses.

Nous n'entrerons pas dans d'autres considérations sur l'action dynamique de l'huile de croton.

En rapportant les deux observations qui précèdent, nous avons voulu seulement appeler l'attention des praticiens sur cet important objet, et faire voir le dernier point de ressemblance qui existe entre l'huile de croton et les préparations stibiées, à savoir : la propriété exanthématogène dont elles sont toutes deux douées.

Effets thérapeutiques. — Usage externe. — L'huile de croton-tiglium s'emploie beaucoup plus souvent extérieurement qu'intérieurement. Elle remplace avec avantage la pommade stibiée, l'emplâtre de poix de Bourgogne, et la plupart des irritants externes dont on se sert pour amener une éruption à la peau. Elle doit être rangée dans la classe des stimulants du système dermoïde.

Dans toutes les douleurs rhumatismales, le rhumatisme goutteux, les arthrites, les pleurodynies, la sciatique, le lumbago, on en retire les plus heureux résultats. Quand une première friction est insuffisante, on en fait une seconde, puis une troisième, *loco dolenti,* sans danger aucun. M. le professeur Bouchardat l'a employée sur un emplâtre de poix de Bourgogne, à la dose de 6 à 8 gouttes, pour combattre les douleurs musculaires. Dans la pleurésie et les névralgies l'huile de croton en friction produit toujours de bons effets. C'est le meilleur révulsif à mettre en usage chez les enfants.

Pour assurer une réaction utile, que l'on n'obtient pas toujours dans le traitement de la fièvre typhoïde par l'eau froide, M. Tessier a eu l'idée de la seconder en faisant suivre chaque affusion froide d'une friction d'huile de croton. L'auteur rapporte à l'appui de sa manière de faire une observation de fièvre typhoïde avec symptômes adynamiques, chez un jeune homme de vingt-sept ans, qui a été guéri après quatre frictions sur le tronc et sur les cuisses avec 4 grammes d'huile de croton-tiglium.

Le docteur Faure, médecin à Roanne, a employé avec succès l'huile de croton en injection pour la modification des kystes.

En 1858, le docteur Hahn, d'Aix-la-Chapelle, avait eu recours à la pommade stibiée en friction sur le cuir chevelu pour combattre une méningite. A son exemple, le docteur Henriette, de l'hôpital de Saint-Pierre, à Bruxelles, s'est servi de l'huile de croton en friction sur la tête chez une petite fille de cinq ans qui était atteinte d'une méningite, et qui a été guérie quatre jours après. Il faut ajouter que cette enfant a pris à dose fractionnée le calomélas uni au sucre.

Les affections dans lesquelles nous avons obtenu les plus beaux effets de l'huile de croton en friction sont : *la laryngite et la bronchite aiguë et subaiguë*. Nous avons rapporté, p. 445, ci-dessus, deux observations de laryngite qui peuvent servir de spécimen. Dans la bronchite, le plus souvent, ce n'est qu'après avoir employé les calmants et les pectoraux dont on se sert habituellement, que nous avons eu recours à l'huile de croton, et toujours nous sommes aisément parvenu à enrayer la toux et à faire disparaître les râles muqueux et sibilants, etc., avec la douleur de poitrine qui les accompagne. (Obs. 2.)

Au dire de M. Léon Marchand, qui en rapporte plusieurs exemples, M. Nonat, médecin de la Charité, n'aurait pas été moins heureux que nous, et se féliciterait de l'emploi de l'huile de croton dans ces sortes d'affections.

M. Nonat n'a pas seulement employé l'huile de croton dans la bronchite ; à l'exemple de beaucoup de ses confrères, il s'en est servi avec grand avantage dans la phthisie pulmonaire, au moment des exacerbations.

Dans cette forme d'inflammation péripneumonique, qui peut hâter singulièrement la marche de cette maladie, on avait recours aux ventouses, aux vésicatoires, aux frictions avec la pommade stibiée ; M. Nonat a employé de préférence l'huile de croton sous les clavicules et dans les fosses sous-épineuses, et il n'a eu qu'à s'en louer. Déjà, en 1832, à l'hôpital de la Pitié, nous l'avions essayée avec le même avantage.

Mais M. Nonat a étendu beaucoup plus l'étude des applications de l'huile de croton. Il les a employées avec le plus grand succès dans l'entérite aiguë et subaiguë, et surtout dans une affection intestinale qu'il a désignée dans son ouvrage sur les maladies de l'utérus sous le nom d'*entéro-colite glaireuse.*

Dans tous ces cas, une ou deux frictions de 15 à 20 gouttes d'huile de croton sur le ventre ou sur l'épigastre ont suffi pour amener une guérison durable.

Aussitôt l'éruption produite, l'appétit reparaissait, les digestions étaient faciles, et le malade ne rendait plus de glaires ; les selles se régularisaient et devenaient naturelles.

Nous n'avons pas été témoin de ces faits ; ils se ressemblent tous, dit M. Marchand, qui ajoute : « Il n'y a qu'une chose qui ne varie pas dans ce traitement, c'est sa promptitude d'action, quelquefois instantanée, d'autres fois se faisant attendre un jour, rarement plus.»

Il n'est guère possible de rencontrer un remède aussi efficace dans une maladie aussi rebelle. Il y a quelques jours nous avons eu occasion de l'employer chez un jeune enfant avec un plein succès.

Nous nous sommes longuement étendu déjà sur les usages de l'huile de croton, et nous sommes loin encore d'avoir passé en revue toutes ses applications. En voici une, par exemple, qui appartient à M. Huguier, et dont il retire les meilleurs résultats.

Dans toutes les affections chroniques de l'utérus et de ses annexes, pour prévenir les accidents inflammatoires qui peuvent être la conséquence de l'ablation du col, de sa cautérisation ou de toute autre opération, M. Huguier ordonne, la veille, une large friction avec l'huile de croton sur le ventre, les cuisses et le dos de la malade, et ce n'est qu'alors que l'éruption est dans son plein, qu'il pratique l'opération. Par cette révulsion sans fièvre il évite beaucoup de phlébites, de lymphites et tous les accidents qui donnent naissance à la résorption purulente. J'ai vu dans son service une femme à laquelle ce chirurgien distingué avait enlevé avec le plus grand succès une tumeur fibreuse sous-péritonéale, de la grosseur du poing, située dans la fosse iliaque gauche.

La malade avait été vigoureusement frictionnée sur tout le corps avec plusieurs grammes d'huile de croton, la veille de son opération ; l'éruption avait été très-forte, et aucun accident inflammatoire n'était venu entraver la guérison. C'est dans le même but que M. Huguier emploie l'huile de croton avant l'opération de la cataracte. Jusqu'à présent il n'a eu qu'à s'en applaudir.

En résumé, si nous récapitulons la somme des avantages et des inconvénients que nous a présentés l'administration de l'huile de croton-tiglium dans les nombreuses applications qu'on en a faites, *intùs et extrà*, nous ne trouvons à lui reprocher que son goût âcre et désagréable, qui rend son ingestion très-pénible lorsqu'on l'administre dans de l'eau, du sirop ou en pilules, mais qui peut être très-facilement évitée lorsqu'on l'emploie en oléo-saccharum, commme l'a conseillé M. Robert, ou lorsqu'on la fait prendre en capsules gélatineuses, comme nous avons coutume de la prescrire. Et si nous énumérons les principaux avantages que la pratique médicale retire de son emploi, nous constatons :

1° Que l'huile de croton-tiglium remplace avec avantage tous les évacuants connus ;

2° Que dans les hydropisies de quelque nature qu'elles soient, on ne saurait négliger d'utiliser un moyen aussi efficace, qui soulage toujours et guérit quelquefois ;

3° Qu'employée comme dérivatif sur les téguments, elle est préférable à la pommade stibiée, dont l'effet est plus douloureux et bien moins prompt ;

4° Que chez les enfants et les vieillards elle est d'une utilité incontestable dans les affections des voies respiratoires : laryngites, bronchites, pleurites, pleurésies, pleurodynies, asthmes et phthisies ;

5° Que dans l'entérite et l'entéro-colite glaireuse, au dire de M. Nonat, elle est le remède le plus efficace et le plus prompt ;

6° Que dans toutes les affections rhumatismales musculaires, arthritiques et goutteuses, dans le lumbago, la sciatique et les névralgies en général, son efficacité ne saurait être mise en doute ;

7° Enfin, que dans les affections de l'utérus et de ses annexes, les frictions d'huile de croton sont, d'après M. Huguier, l'adjuvant indispensable à toute grande opération des organes génitaux utérins.

De ces faits et observations nous croyons donc pouvoir conclure que l'huile de croton-tiglium, si redoutable aux yeux de ses premiers expérimentateurs, est d'une innocuité parfaite, et qu'elle peut toujours être employée sans danger, pourvu qu'elle soit administrée avec prudence.

THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE.

Considérations pratiques sur les hernies ombilicales congénitales et leur traitement [1].

Par M. le docteur Debout.

Je dois à l'obligeance de MM. Stoltz, Hergott, Guersant et A. Martin, de pouvoir fournir cinq nouveaux exemples de guérisons. Avant de les reproduire, je crois faire chose utile en donnant une courte analyse de tous les cas analogues dont j'ai connaissance. On demeurera convaincu, par l'étude de l'ensemble de ces faits, que la cure de cette espèce de hernie sera d'autant plus certaine qu'on abandonnera plus complétement la lésion aux efforts spontanés de l'organisme.

CAS DE GUÉRISONS SPONTANÉES.

Obs. I. Panaroli. — Dans le cas de guérison dont il a été témoin, ce chirurgien eut l'idée de protéger la tumeur par l'épiploon chaud d'un animal. Ce fait est cité par M. Cruveilhier, sans indication de la source où il l'a puisé.

Obs. II. Requin. — Tumeur réductible du volume du poing. Après la réduction de l'intestin, on pouvait affronter les bords opposés de l'ouverture ombilicale et l'enfant cessait de souffrir et de crier. La tumeur, qu'on avait recouverte d'un taffetas ciré arrosé d'huile d'amandes douces, augmenta de volume, devint irréductible, et ses parois offraient tous les phénomènes d'une péritonite au moins locale. Cette phlegmasie fit des progrès ; l'enfant dépérissait et fut pris d'une diarrhée abondante qui l'exténuait de plus en plus. Au onzième jour, le dévoiement s'arrête, l'enfant est plus calme, la tumeur s'affaisse ; enfin, au vingt et unième jour, la réduction des parties herniées a lieu. L'enfant reprend des forces et de l'embonpoint, et après cinquante jours la plaie ombilicale de circulaire est devenue oblongue, n'a plus qu'un pouce de long sur six lignes de large, et toutes les fonctions de l'enfant s'accomplissent d'une façon satisfaisante. (Gaz. méd. de Paris.)

Obs. III. Goyrand. — Tumeur présentant à sa base 22 centimètres de circonférence, 23 centimètres dans sa portion la plus renflée ; les diamètres transversal et vertical mesuraient 17 centimètres et demi. La tumeur diminuait un peu à la pression ; cette manœuvre faisait couler le méconium et l'urine. La séparation de la membrane du cordon commença le premier jour ; les jours suivants du pus se forma entre les deux enveloppes. Le 15 janvier (douze jours après l'accouchement) M. Goyrand détache d'assez

[1] Suite. — Voir la livraison précédente, p. 391.

longs lambeaux de l'enveloppe superficielle ; au-dessous se trouvaient des bourgeons charnus. Le 25, la membrane extérieure est complétement détachée, le sac herniaire couvert de bourgeons charnus vermeils. La peau qui entoure la base de la tumeur est attirée avec force sur le sac. Par suite de la rétraction de la membrane interne, il résulte un changement dans la forme de la tumeur qui s'élargit à la base, devient moins saillante, plus dure et prend une forme conique. La peau a continué à se rapprocher de plus en plus du centre de la hernie, et au commencement de mars il ne restait plus qu'une surface de la largeur d'une pièce de 2 francs qui ne fût pas recouverte par le tégument. Jusque-là la santé de l'enfant avait été bonne; mais au milieu de mars il survint tout à coup une suppression complète de selles, des vomissements continuels, qui firent périr l'enfant en quatre jours. (Ann. de la chirurgie française, t. X, p. 43.)

M. Goyrand suppose que cet enfant a succombé à un iléus déterminé par la compression qu'ont subie les viscères par suite du resserrement de la cavité herniaire ; mais nous croyons devoir rapporter les phénomènes morbides à une péritonite locale, complication la plus fréquente de ces lésions. Il est à regretter que l'autopsie n'ait pas été pratiquée.

Obs. IV. Thélu. — Tumeur encore plus considérable que la précédente ; elle mesurait 24 centimètres à sa base et 29 transversalement. Les viscères herniés pouvaient être réduits en partie à l'aide d'une compression avec la paume de la main, et l'on fit usage d'un bandage médiocrement serré pour diminuer le volume do la tumeur. Dix jours après, cette petite fille fut atteinte de convulsions qui cessèrent rapidement. Le cordon était détaché, la hernie réduite, et il restait une ouverture de 3 centimètres de diamètre, qui était recouverte par des bourgeons charnus et formaient une plaie noire. Vingt-sept jours après l'enfant était complétement guérie. A la place d'une éventration aussi considérable, il existait une cicatrice inégale en losange, ayant de haut en bas 1 centimètre environ, et 6 millimètres d'un côté à l'autre. Les téguments se levaient en bourrelets autour de la cicatrice. Cette enfant a grandi, et quatorze ans après elle a été revue par M. Thélu; elle n'avait jamais éprouvé de douleurs dans la région ombilicale. (Journal de chirurgie de M. Malgaigne, 1844, p. 187.)

De tous les faits connus, celui dont nous devons la communication à M. le professeur Stoltz est un des plus intéressants, non-seulement par les détails de l'observation, mais encore par les dessins qui l'accompagnaient, et qui représentent la lésion et les résultats du mode de réparation des parois abdominales (fig. 7, 8 et 9). Comme nous avons publié dans ce journal cette observation complète (voir *Bulletin de Thérapeutique*, t. LIII, p. 467), nous nous bornerons à en rappeler ici les traits principaux.

Obs. V. *Hernie ombilicale volumineuse ; guérison spontanée.* — Enfant mâle, né pendant le dernier mois de la grossesse, bien développé, mais présentant une hernie ombilicale qui mesurait, dans le sens de la ligne blanche, près de 7 centimètres, un peu moins dans le sens transversal, et faisant une saillie d'environ 4 centimètres.

L'enveloppe extérieure présentait trois phlyctènes, dont deux surtout étaient plus volumineuses, et étaient remplies d'une sérosité roussâtre (B, fig 7).

La tumeur augmentait de volume quand l'enfant criait ; elle ne se laissait déprimer que fort peu. Enfin elle n'était pas douloureuse, car l'enfant ne manifestait aucune sensation particulière à une pression même forte exercée sur les parties herniées.

Le treizième jour, le cordon tombe, ainsi que l'enveloppe extérieure. Des bourgeons charnus apparaissent sur la surface de la membrane interne, et le bourrelet cutané qui enveloppe la base de la tumeur commence à se rétrécir et à glisser sur celle-ci, de manière à la recouvrir peu à peu.

Le quarantième jour, la guérison était complète; la cicatrice avait la forme d'un ombilic. (Voir la fig. 9.) La peau de la région ombilicale est soulevée comme un segment de sphère, mais nullement étranglée à sa base, comme l'était la tumeur primitive. (Voir la fig. 8.) On applique une simple ceinture en toile piquée, de 8 à 10 centimètres de largeur, et, le soixantième jour, la mère quitte la clinique pour retourner chez elle. L'état général de l'enfant était très-bon, la cicatrice ombilicale solide, la proéminence ombilicale beaucoup moindre.

Quelque temps après la mère revint, parce qu'elle avait remarqué que lorsque l'enfant criait, il paraissait deux tumeurs aux aines. On attribua le développement de la double hernie à la constriction trop forte du milieu du ventre par la bande ombilicale, et à la négligence de cette femme qui, au lieu de l'allaiter comme à l'hôpital, lui donnait de la bouillie, et le laissait crier dans son berceau. On lui fit faire un bandage inguinal convenable, et on ne revit plus l'enfant. Trois mois après on apprit que l'enfant était mort d'une maladie étrangère à son vice de conformation.

Le petit nombre d'autopsies de ce vice de conformation qui ont été publiées nous engage à mentionner ici un cas d'hépatomphale observé dans le même service.

Obs. VI. Stolz. — *Hernie ombilicale (hépatocèle), sclérème, péritonite; mort le sixième jour.* — Enfant mâle, né à la clinique de Strasbourg, le 25 novembre 1839, au huitième mois de la grossesse. La hernie a le volume d'une pomme d'api; elle forme une tumeur transparente, cernée à sa base par un bourrelet de la peau et l'anneau ombilical; il est impossible de distinguer les éléments de la hernie. La gaîne du cordon forme le sac herniaire; la tumeur peut être presque entièrement réduite, mais elle reparaît aussitôt qu'on cesse la compression; elle augmente de volume quand l'en-

fant crie; alors le cercle qui circonscrit la base de la tumeur semble l'étrangler; la tumeur est indolente.

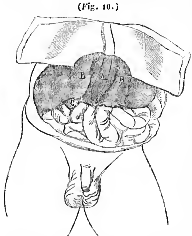
Deuxième jour. — Depuis la naissance la tumeur a sensiblement diminué de volume, quoiqu'on n'emploie d'autres moyens compressifs qu'une bande circulaire; le sac herniaire semble déjà se flétrir, et la peau paraît s'avancer pour la recouvrir. L'enfant est alerte; il respire complétement et crie avec force; sa peau est très-rouge; il a rendu du méconium.

Troisième jour. — L'enfant tette; il continue à bien aller; le cordon est flétri, il commence à se putréfier; on le coupe près de la tumeur : celle-ci continue à s'aplatir, le sac s'épaissit, le bourrelet de la peau se gonfle.

Quatrième jour. — L'enfant vomit deux fois; il n'a eu qu'une selle et n'a uriné qu'une fois. La hernie ombilicale est à peu près la même qu'hier; cependant le bourrelet de la peau est plus enflammé et couvre la hernie dans une plus grande étendue; odeur gangréneuse. Lotions avec du vin aromatique.

Cinquième jour. — Depuis hier à dix heures du soir l'enfant a refusé de teter; il a beaucoup gémi depuis deux heures du matin; il a eu de l'écume à la bouche et des évacuations alvines très-fétides. Déjà, hier au soir, on a remarqué que les extrémités inférieures étaient refroidies; aujourd'hui elles sont froides, gonflées, dures, luisantes, surtout le pied droit. Ces extrémités sont attirées vers le tronc et tellement roides qu'en soulevant un pied on enlève l'autre avec le bassin; les joues sont légèrement gonflées et dures (sclérème). Le ventre est tendu, météorisé, parsemé de lignes bleuâtres (veines dilatées), douloureux à l'attouchement; la tumeur herniaire participe à cet état de tension et de sensibilité, point de trismus. Langue nette, humide, gémissements continuels. Pulsations du cœur notablement ralenties (au plus 110).

(Fig. 10.)



Mort de l'enfant à trois heures et demie.

Autopsie. — L'attention est d'abord dirigée sur la tumeur ombilicale; on enlève d'abord tout le plastron qui forme la paroi antérieure du tronc, et, en le repliant de haut en bas et de bas en haut (fig. 10), on reconnaît qu'un lobe supplémentaire du foie est engagé dans l'anneau ombilical et forme la hernie. La veine ombilicale (A) se trouve à la face inférieure de ce lobe, engagée dans la scissure verticale. Ce lobule (B), placé au milieu du bord tranchant du foie, à gauche de la vésicule du fiel (C), paraît être formé aux dé-

peus d'une partie de l'organe entier, d'une portion surtout du bord tranchant de cet organe, primitivement engagée dans l'ouverture abdominale, et étranglée plus tard par l'anneau.

Dans la cavité péritonéale on ne trouve qu'un liquide filant jaunâtre, en quantité moyenne (une cuillerée), mais point de fausses membranes et autres produits de l'inflammation. Péritoine pariétal et viscéral congestionné.

Les parties qui avaient été le siége du sclérème sont marbrées, violettes, moins gonflées que pendant la vie; on peut en exprimer une sérosité citrine; poumons d'un beau rose. En résumé, la mort a été le résultat du sclérème plutôt que de l'inflammation abdominale. (*Extrait d'une observation rédigée par M. Hergott, alors interne du service de M. le professeur Stoltz.*)

Il est bien évident que cet enfant n'a pas succombé aux suites de son vice de conformation, et que, s'il n'avait pas été atteint de sclérème, il eût vécu.

Obs. VII. Hergott. — *Hernie ombilicale congénitale. — Guérison spontanée.* — Dans le courant de 1846, ajoute ce confrère, on apporta dans mon cabinet un enfant nouveau-né pour me consulter sur une difformité qu'il avait apportée en naissant ; à l'ombilic existait une tumeur de la grosseur de la moitié d'une pomme ordinaire, transparente et laissant voir les intestins qui en formaient le contenu. Le cordon ombilical s'insérait en haut et un peu à droite de la tumeur. L'enfant paraissait se bien porter, et il avait très-bien respiré et avait teté et rendu déjà une partie de son méconium (il était né dans la nuit) ; ayant présent à ma mémoire un cas analogue dont j'avais été témoin un an auparavant et qui s'était terminé par la mort, j'annonçai aux parents que probablement leur enfant ne vivrait pas. Néanmoins, je prescrivis de recouvrir la tumeur avec un linge enduit de cérat et de le maintenir avec un bandage de corps, sans toutefois exercer de pression sur les parties. Je n'entendis plus parler de cet enfant ; je crus qu'il était mort comme j'avais annoncé ; mais grand fut mon étonnement lorsqu'en faisant une tournée de vaccination, on me présenta cet enfant qui s'était parfaitement bien développé. A la place de sa tumeur, on voyait une cicatrice ombilicale normale, mais située sur une légère proéminence du ventre, due probablement à une dilatation de l'anneau ombilical, qui n'avait pas subi un mouvement de retrait aussi considérable que la peau. (*Obs. inédite due à M. Hergott, professeur agrégé à la Faculté de Strasbourg.*)

Depuis la publication de ce travail dans les Mémoires de l'Académie de médecine de Belgique, M. Guersant a eu l'occasion d'observer un nouvel exemple de guérison spontanée, qu'il s'est empressé de me communiquer. Voici le fait :

Obs. VIII. Guersant. — *Hernie ombilicale congénitale. — Guérison spontanée.* — « Garçon né à terme (?), le 28 décembre 1860 ; il est bien constitué, quoiqu'il présente à la région ombilicale une

tumeur du volume d'une moitié de pomme. La hernie mesure environ 6 centimètres de diamètre; les enveloppes sont assez transparentes pour qu'on voie à travers les circonvolutions de l'intestin distendues par le méconium. Les parties herniées sous une douce pression rentrent dans la cavité abdominale, mais pour en sortir aussitôt. L'enfant tette bien, et toutes ses fonctions s'accomplissent d'une manière normale. Nos collègues, MM. Roger et Nélaton, qui avaient visité ce petit garçon avant moi, n'avaient pas hésité à porter un pronostic fâcheux, et j'avoue que, malgré la lecture du mémoire de M. Debout, j'avais tant vu d'enfants affectés de vice de conformation succomber, que je me rangeai de leur avis. Néanmoins nous agîmes comme si la cure devait avoir lieu, et nous fîmes un pansement simple avec un linge fenêtré enduit de cérat, de la charpie, et un bandage modérément serré. Le pansement fut répété chaque jour, matin et soir, avec les plus grands soins.

De jour en jour la transparence diminue dans la tumeur, le péritoine et les expansions du cordon s'épaississent, se couvrent de bourgeons charnus, l'ombilic se rétrécit graduellement.

8 janvier 1861. — Onze jours après la naissance le cordon tombe et avec lui quelques lambeaux membraneux qui recouvraient le péritoine; celui-ci n'est plus du tout transparent, recouvert qu'il est de bourgeons charnus de bonne nature.

A cette époque il survint une rougeur érysipélateuse sur la peau qui entoure la tumeur; je recouvris les parties avec la glycérine, puis j'appliquai du collodion sur la rougeur érysipélateuse. Dès le lendemain la phlegmasie cutanée diminuait d'intensité.

Les jours suivants un érythème se montre sur le ventre, la poitrine et même le dos; je les fais saupoudrer plusieurs fois par jour avec de l'amidon en poudre, et les rougeurs disparurent.

23 janvier. — La large ulcération diminue de la circonférence au centre; la cicatrisation restant un peu stationnaire, on fait les pansements avec de la charpie imbibée de vin. Les jours suivants, on touche les bourgeons charnus avec le nitrate d'argent; toute la tumeur est de moins en moins saillante.

7 février. — On ne fait plus les pansements que tous les deux ou trois jours; l'ulcération de l'ombilic a la largeur d'une pièce de 20 centimes; l'ouverture de l'anneau fibreux reste large, et la ligne blanche est un peu écartée. Bien qu'on ait été dans la nécessité de changer de nourrice, l'état général de l'enfant va de mieux en mieux; toutes les fonctions se font bien.

15 février.—La cicatrice est complète, solide, froncée, recouvrant l'anneau ombilical, qui reste large comme une pièce de 2 francs.

22 février. — Même état; l'anneau reste toujours large, mais recouvert par une cicatrice solide; on soutient le ventre, en appliquant plusieurs tours de bande de flanelle. On donne à l'enfant de temps en temps des bains gélatineux pour tonifier les chairs, qui paraissent un peu molles. Il continue à prendre uniquement le lait de sa nourrice. J'ai continué à recevoir des nouvelles de cet enfant, qui se développe comme s'il n'avait pas été atteint d'un vice de conformation aussi grave. » (*Observation communiquée par M. Guersant.*)

Dans la lettre d'envoi qui accompagnait son observation, M. Guersant nous disait que depuis qu'il est chirurgien de l'hôpital des Enfants, il avait vu au moins douze cas de hernies ombilicales congénitales, mais que ce dernier était le seul qu'il lui avait été donné de suivre. La plupart de ces enfants appartenant à des familles ouvrières de Paris avaient été envoyés en nourrice ; or, du moment que leur conservation reposait sur des soins assidus et incessants, il n'est pas étonnant qu'ils aient succombé ; aussi M. Guersant a appris la mort du plus grand nombre des enfants pour lesquels il avait été consulté. Toutefois, il se rappelle, dit-il, un cas dans lequel la tumeur était peu volumineuse, et qui avait guéri spontanément.

Les deux faits qui suivent sont dignes de tout notre intérêt, car la guérison a été suivie pendant un temps assez considérable.

Obs. IX. Margariteau. — *Guérison spontanée, suivie jusqu'à l'âge de treize ans.* — Tumeur du volume d'un gros œuf de poule, le grand axe dirigé transversalement. Un plumasseau de charpie enduite de cérat fut appliqué sur la tumeur et soutenu avec un bandage de corps médiocrement serré. L'exfoliation de l'enveloppe superficielle était complète vers le vingtième jour, et la rétraction du sac amena rapidement la réparation de la paroi abdominale. A l'époque où M. Margariteau publiait cette observation, l'enfant était âgé de huit ans ; il avait toujours été bien portant. Il n'existait pas d'ombilic, on voyait des cicatrices linéaires qui, du centre de la proéminence ombilicale, rayonnaient à la circonférence. (Voir l'observation complète (*Bulletin de Thérap.*, t. XLVIII, p. 544.)

L'intérêt qu'il y a à compléter les observations de ce vice de conformation, afin d'arriver un jour à juger l'influence qu'il peut avoir sur la durée de la vie des enfants qui en sont affectés, m'a engagé à écrire à M. Margariteau, afin d'avoir le récit des faits qui se sont accomplis depuis la publication de sa note. Voici sa réponse : « Le sujet de l'observation ci-dessus aura treize ans en avril 1860. Quoique cinq années se soient écoulées depuis que je vous ai adressé la description de la tumeur ombilicale, son apparence demeure la même. Toujours absence d'ombilic, c'est-à-dire aucun enfoncement de la cicatrice, au contraire une légère saillie elliptique présentant les dimensions d'une moitié d'un gros œuf de poule, ayant son grand diamètre dans le sens horizontal. Quand on saisit la peau, on ne peut l'isoler complétement des parties sous-jacentes, qui présentent des duretés. Il semble qu'il y ait eu une perte de substance ayant suppuré longtemps, et dont la cicatrice a provoqué la formation d'un tissu nouveau. Les muscles dans l'étendue de cette tumeur secondaire manquent ; c'est toujours l'aspect d'une éventration. La peau, à part ces cicatrices linéaires qui irradient du centre de la tumeur, offre une organisation complète et normale. » (Lettre de M. Margariteau du 26 février 1860.)

Un médecin allemand, M. le docteur A. Martin, m'a communiqué une thèse sur la hernie ombilicale soutenue à Munich en 1841 par le docteur Getto. Cette dissertation a pour base un cas de guérison spontanée; dans la bibliographie qui termine ce travail nous voyons signaler deux autres exemples consignés dans les publications allemandes. N'ayant pu parvenir à nous procurer les textes, nous sommes forcé à nous borner à reproduire les notes qu'en fournit M. Getto. (Obs. XI et obs. XII.)

Obs. X. Getto. — *Hernie ombilicale congénitale. — Guérison spontanée, suivie jusqu'à l'âge de dix-sept ans.* — Une paysanne du Palatinat, mère de six enfants, accouche le 20 juin 1840, trois semaines avant le terme de sa grossesse, d'un garçon. Cet enfant, d'assez chétive apparence, présente au niveau de l'ombilic une tumeur hémisphérique du volume d'une pomme ordinaire. Le cordon est inséré à la partie inférieure de cette tumeur, à un pouce et demi environ du bourrelet cutané; il tombe le deuxième jour.

La tumeur est recouverte par une membrane d'un blanc bleuâtre et transparente au point qu'on peut apercevoir les mouvements des intestins qu'elle renferme. La paroi abdominale entoure la base de la tumeur, sous forme d'un anneau d'un diamètre d'environ deux pouces. L'enfant présente de plus une hernie inguinale à droite.

Traitement. — On applique sur la tumeur un linge huilé, que l'on maintient à l'aide d'une bande de toile qui exerce une très-légère compression. L'enfant prend le sein, il dort presque toujours et crie peu; sa voix ressemble aux vagissements des enfants venus avant terme. Il est petit, faible, ressemble à un squelette; les ongles des doigts et des orteils sont mous.

Les jours suivants le sac herniaire devint jaune, brunâtre, il se putréfie et répand une mauvaise odeur. M. Getto fait enlever à l'aide d'une éponge imprégnée de lait tiède la matière puriforme, et, peu à peu, on voit se développer de la base vers le sommet des bourgeons charnus. La paroi abdominale semble se rétrécir autour de la base de la tumeur, et le sac herniaire commence à devenir moins transparent.

Le 3 juillet. L'anneau cutané s'est encore resserré au-dessus de la hernie ombilicale, les bourgeons charnus sont plus nombreux. L'état de l'enfant est satisfaisant, ses fonctions s'exécutent d'une façon normale, mais on ne saurait constater encore aucune augmentation dans le volume de son corps.

Le 10 juillet. Les bourgeons charnus recouvrent complétement les deux tiers supérieurs de la tumeur de la base vers le sommet. En ce point la paroi est toujours peu transparente. L'enfant est tranquille et son état satisfaisant; pas d'augmentation de volume.

Le 29 juillet. La tumeur ombilicale, un peu plus petite et plus aplatie à son sommet, est recouverte entièrement de bourgeons charnus. On peut, par une pression convenable, faire rentrer dans l'abdomen les parties herniées; mais ces manipulations provoquent de la dyspnée et font augmenter le volume de la hernie inguinale. Pendant l'in-

spiration, la tumeur ombilicale devient plus tendue, et lorsqu'on la comprime l'enfant retient son haleine.

Lorsqu'il prend le sein, la dyspnée apparaît souvent avec une telle intensité qu'il ne peut teter que pendant un espace de temps très-court. La cavité abdominale paraît donc trop petite pour contenir tous les intestins, surtout lorsqu'ils sont remplis d'aliments.

Le 17 août. L'enfant a toujours été bien portant; l'amaigrissement va cependant en augmentant, les apophyses épineuses et les os du bassin font des saillies considérables et les extrémités semblent atrophiées. La tumeur ombilicale est entièrement couverte par du tissu cicatriciel; il est plus mince au sommet et rayonne à la circonférence. On commence à donner une nourriture plus substantielle.

Décembre. L'état de l'enfant est excellent; il a augmenté en poids et en volume; mais les dimensions de la hernie ombilicale ont également augmenté.

Avril 1831. La hernie ombilicale présente le volume du poing d'un homme, la base est large. Elle est plus volumineuse encore pendant la digestion. La hernie inguinale est facilement réductible, mais elle se reproduit tout de suite.

Tel est le récit de M. Getto; avant de poursuivre l'observation, nous devons signaler une confusion regrettable et la faire cesser. Les auteurs ne distinguent pas les deux phases de ce vice de conformation. Dans la première la tumeur est constituée, en partie du moins, par la membrane du cordon. Celle-ci, portion d'un organe adventitiel, transitoire, disparaît après la naissance.

Les phénomènes qui se produisent pour combler la brèche de la paroi abdominale ressortent surtout des notions embryologiques. La membrane interne se couvre de bourgeons charnus et se rétracte, tandis que la peau amassée en forme de bourrelet autour de la base de la tumeur se déplisse, et vient recouvrir toute l'étendue de la membrane transparente. La brèche ainsi comblée, l'enfant est guéri de son vice de conformation. La tuméfaction de la région ombilicale, lésion secondaire due à l'affaiblissement des parois abdominales dans la partie correspondante à la tumeur, pourrait seule être comparée et confondue avec les diverses hernies dont l'étude appartient à la pathologie externe. Confondre les deux périodes de la lésion dans une même dénomination, c'est nuire au but que l'on poursuit et embrouiller de nouveau la question. L'éventration comblée, il n'y a plus de hernie et seulement un affaiblissement de la paroi abdominale. (Voir les fig. 8 et 9.)

Ce danger de confusion signalé, nous poursuivons le récit du fait. M. le docteur Martin qui, en 1840, habitait la même portion du Palatinat que M. Getto, avait eu l'occasion de voir le petit malade

et même de le suivre pendant ses premières années. Sachant qu'il vivait encore, afin de me fournir des renseignements plus précis, notre bienveillant confrère eut l'obligeance d'écrire au docteur Baumann, médecin cantonal sous la direction duquel M. Getto avait pris l'observation qui fit le sujet de sa thèse. Voici la réponse de M. Baumann.

« J'ai vu le petit garçon pour la dernière fois en 1850 ; il avait donc dix ans. La tumeur ombilicale avait alors un diamètre de dix à douze centimètres de largeur sur cinq à six de hauteur. La peau qui la recouvrait ne différait en aucune manière de celle de la paroi abdominale : elle était assez dense, souple, et pouvait être facilement soulevée avec les doigts. L'enfant jouissait d'une santé excellente, il ne portait aucun bandage sur la tumeur ombilicale, ni sur la hernie inguinale, parce que tout essai de compression de l'une de ces tumeurs l'incommodait, et ne faisait qu'augmenter le volume de l'autre. Plus tard, il quitta le Palatinat avec ses parents, qui allèrent s'établir aux Etats-Unis. Il a maintenant dix-neuf ans, est fort et bien portant, il s'occupe des travaux des champs. » (Lettre du docteur Baumann du 22 février 1859.)

Le médecin badois commet la même erreur que son élève en donnant le nom de hernie à l'affaiblissement des parois abdominales au niveau de l'ombilic. Nous ne reviendrons pas sur les observations que nous avons présentées plus haut. Quoi qu'il en soit de ces remarques, les renseignements fournis par M. Baumann n'en sont pas moins précieux ; ils permettent de suivre la marche de cet amincissement des parois abdominales. Or, les détails relatifs à ce point spécial de l'évolution de la maladie font défaut dans la plupart des observations publiées ; dès que l'éventration est comblée, c'est-à-dire que le tégument a recouvert la tumeur ombilicale, on n'en parle plus.

Parmi les indications bibliographiques qui terminent la thèse du docteur Getto nous trouvons la mention d'un autre fait qui nous intéresse tout particulièrement, puisque c'est un nouvel exemple de guérison spontanée. Voici cette indication :

Obs. XI. Ribke. *Hernie ombilicale congénitale. — Guérison spontanée. — Rut's Magasin*, Bd VIII, 1, S. 130. Cas semblable à celui que j'ai observé, dit le docteur Getto.

FAITS DANS LESQUELS ON A MAINTENU LA RÉDUCTION DES PARTIES HERNIÉES.

Obs. XII. Storch. Hernie ombilicale de la grosseur d'une pomme chez un nouveau-né ; sac herniaire transparent, au point qu'on voit le méconium dans l'intestin. Storch réduit les parties herniées et

réunit les bords avec du diachylon. Guérison au bout de sept semaines. (*Storch Theoret. et Pract. Abhandlung, von Kinderkrankein. Eisenach* 1751 4 *Th.* S. 35.)

Obs. XIII. Hey. Hernie du volume d'un œuf de poule. L'intestin réduit, on comprime la poche latéralement afin que les anses intestinales ne puissent y rentrer. Voici le mode suivi pour pratiquer cette compression : M. Hey coupa par morceaux circulaires un emplâtre étendu sur du cuir et les superposa de manière à donner à l'ensemble la forme d'un cône, qu'il appliqua sur chaque côté du nombril; afin de maintenir en contact les bords opposés de l'anneau ombilical, une ceinture de linge, une pelote piquée circulaire épaisse complétèrent l'appareil. La guérison eut lieu. (*Practical observations*, 3e édition, p. 832.)

Obs. XIV. Buchlotz traita par le même moyen et avec le même succès une hernie congénitale de trois pouces de diamètre. (Cité par MM. Bérard et Cruveilhier sans indication de source.)

FAITS DE LIGATURE DES PAROIS DE LA HERNIE.

Obs. XV. Bael. Quoique la hernie n'eût pas moins de sept pouces de diamètre (mesure du Rhin), ce praticien s'est borné à lier les parois de la tumeur, après avoir réduit la masse intestinale qu'elle contenait. La suppuration des parois fut longue, elle finit par se tarir et l'enfant guérit. (Arch. de médecine.)

Obs. XVI. Hamilton, dans un cas d'exomphale congénitale, réduisit les parties herniées, appliqua une ligature sur la base de la tumeur et maintint au contact les bords de l'ouverture ombilicale au moyen de deux épingles d'argent et d'emplâtres agglutinatifs. La guérison fut complète en peu de jours.

FAIT DE SUTURE APRÈS L'AVIVEMENT DE L'ANNEAU OMBILICAL.

Obs. XVII. Cité par M. Cruveilhier. « J'ai cependant connaissance, dit-il, d'un cas de guérison, observé à l'hôpital de Ferrare, dans lequel l'anneau ombilical fut avivé et les bords de cet anneau réunis à l'aide de points de suture. » (Anat. pathologique, tome 1, p. 628.)

Je n'ai pas besoin de faire observer que les succès obtenus dans ces cas ne doivent pas engager à suivre de semblables pratiques ; la guérison a eu lieu malgré et non à cause des secours apportés.

Toutefois, l'enseignement qui découle de ce dernier fait ne doit pas être perdu pour l'examen du point de la question qui nous reste à aborder.

(*La fin prochainement.*)



CHIMIE ET PHARMACIE.

Un mot encore sur la préparation de la décoction blanche.

Par M. Dannecy, pharmacien des hôpitaux civils de Bordeaux.

Aux deux procédés publiés et proposés par mes honorables confrères, MM. Busquet de Cadillac et Vézu, de Lyon, pour la préparation de la décoction blanche de Sydenham, j'ajouterai celui qui me sert journellement depuis bien des années, et qui, s'il n'a pas le mérite incontestable d'une aussi prompte exécution, a celui de se renfermer rigoureusement dans les limites de la formule officielle : il consiste à employer de la mie de pain en poudre fine.

Voici ma formule :

Corne de cerf calcinée....................	8 grammes.
Mie de pain blanc pulvérisée...............	20 grammes.
Gomme arabique pulvérisée................	8 grammes.
Sucre en poudre..........................	30 grammes.

Mêlez pour une poudre que l'on tamise au tamis de soie, et que l'on conserve pour l'usage.

La décoction de 66 grammes de cette poudre dans un litre d'eau constitue la décoction blanche de Sydenham, à laquelle il suffit d'ajouter l'eau de cannelle ou de fleurs d'oranger. Sans entrer ici dans aucune considération critique sur la valeur de cette ancienne préparation inscrite au Codex et à laquelle il ne doit être fait aucune modification, nous devons, je crois, nous renfermer dans la lettre et l'esprit de la formule officielle.

Cette poudre a l'avantage de faire de la décoction blanche de Sydenham une véritable préparation officinale d'une longue et facile conservation. Elle peut trouver sa place à côté des poudres composées officinales, et présente, outre l'avantage de la célérité, celui de l'exactitude et la garantie d'une bonne exécution. Elle a encore celui de pouvoir être livrée aux malades qui, éloignés du pharmacien, pourront, grâce à cette simplification, préparer eux-mêmes la décoction blanche en aussi petite quantité et aussi souvent qu'ils le voudront.

Moyen très-simple de faire disparaître instantanément la saveur désagréable que laisse l'huile de foie de morue après avoir été avalée.

La pratique courante en est encore à désirer une préparation

d'huile de foie de morue qui permette à certains malades de prendre ce médicament en quantité suffisante et sans dégoût. En attendant, nous croyons devoir enregistrer le moyen très-simple de faire disparaître la saveur de cette huile que M. le docteur Martin vient d'adresser au Conseil de santé des armées.

Aussitôt après avoir pris l'huile, il faudra boire lentement, afin de faciliter le contact avec la membrane bucco-pharyngienne, un demi-verre d'eau ferrugineuse artificielle, obtenue par la macération de clous rouillés. Immédiatement la saveur âcre, rance, amère de l'huile de foie de morue la plus nauséeuse, se trouve changée en une saveur agréable d'huître ou de coquillages frais, laquelle est ordinairement très-bien supportée. Les éructations qui se manifestent presque toujours dès que l'huile de foie de morue est arrivée dans l'estomac, n'ont plus rien de désagréable.

L'huile de poisson et les préparations ferrugineuses appartiennent toutes deux à la médication reconstituante; par conséquent leur association ne peut qu'être utile. Les praticiens s'empresseront donc de signaler le moyen que recommande M. Martin.

Pommade soufrée contre le pytiriasis du cuir chevelu.

Dans un cas de pytiriasis du cuir chevelu qui avait résisté à l'usage des préparations de glycérine et de tanin que nous avons publiées, nous avons eu recours avec succès à la pommade suivante, dont la formule est due à M. Hardy.

Pr.	Moelle de bœuf	60 grammes.
	Fleurs de soufre	1 gramme.
	Teinture de benjoin	1 gramme.
	Huile d'amandes douces	15 grammes.

F. S. A.

Cette pommade réussit surtout lorsque l'affection tend à passer à l'état chronique.

CORRESPONDANCE MÉDICALE.

De l'emploi du perchlorure de fer dans la dyssenterie.

Le grand nombre de dyssenteries qui ont régné cet été a remis en question le traitement de cette redoutable affection. Les loisirs me manquant pour vous envoyer des observations détaillées, je me borne aujourd'hui à vous signaler les bons effets que j'ai obtenus de l'emploi du perchlorure de fer dans cette maladie.

Depuis neuf mois environ j'ai employé ce précieux médicament dans douze cas de dyssenterie parfaitement caractérisée : ténesmes, épreintes, selles sanguinolentes, vertes comme de l'oseille cuite, sang pur, etc., vingt, trente, quarante selles par jour; abattement profond dans deux cas.

En général, la maladie a été combattue de quatre à huit jours après l'invasion. — J'ai traité quatre femmes de vingt à trente ans : cinq enfants des deux sexes de un à dix ans; trois hommes.

Voici le traitement que j'ai mis en usage :

1° Je donne deux lavements par jour, quelquefois trois (après avoir vidé préalablement l'intestin au moyen de grands lavements d'eau tiède), d'un verre chacun, avec addition de 12 à 25 gouttes de solution de perchlorure de fer, suivant l'âge. J'y ajoute du laudanum si les douleurs sont très-vives.

2° La potion suivante est prise dans les vingt-quatre heures, par cuillerées à soupe :

Eau........................	150 grammes.
Perchlorure de fer............	12 à 30 gouttes, au maximum.
Sirop.......................	30 grammes.

Mêlez.

3° Très-peu ou point d'aliments, suivant les cas.

J'ai vu très-rarement les symptômes persister au delà de deux jours et demi à trois jours au moyen de ce traitement.

Le but seul d'engager mes confrères à expérimenter cette médication m'engage à vous en faire part, quelque brèves que soient mes notes.

AUG. BAUDON, D. M.
à Mouy (Oise).

BULLETIN DES HOPITAUX.

CONSIDÉRATIONS PRATIQUES SUR LA MYOPIE ET SON TRAITEMENT. — Nous donnons à peu près intégralement, malgré son étendue, le résumé d'un mémoire important, lu à l'Académie de médecine de Belgique, par M. Van Roosbroeck. Ce résumé, tel qu'il est contenu dans le Bulletin de la savante compagnie, suffit pour donner un aperçu des progrès que les travaux récents ont fait faire à nos connaissances sur la myopie, une des affections les moins bien comprises par les anciens ophthalmologistes. Rappelons que ces progrès sont principalement dus aux beaux travaux du professeur Donders.

La myopie, dans la grande majorité des cas, n'est pas un état

physiologique de l'œil, mais la conséquence d'un allongement de l'axe de cet organe, produit par un staphylôme postérieur.

Ces modifications de l'œil sont la conséquence d'une scléro-choroïdite chronique, dont le premier effet est le ramollissement et l'amincissement de la sclérotique et de la choroïde. Plus tard ces membranes finissent par se projeter au dehors sous forme de tumeur, en raison de l'activité trop prolongée imprimée à l'appareil d'accommodation. La rétine reste ordinairement étrangère à ce travail.

Le plus souvent le staphylôme, après avoir acquis un certain développement, reste stationnaire pendant un grand nombre d'années, et même pendant toute la durée de la vie. Quelquefois, cependant, la scléro-choroïdite, après avoir produit un staphylôme au pourtour de la papille du nerf optique, suit une marche progressive en agrandissant successivement le staphylôme, en amenant l'atrophie et la destruction de la choroïde, enfin en amenant une cécité incurable par dégénérescence ou par décollement de la rétine.

La myopie suit la même marche que le staphylôme postérieur. Elle survient presque toujours avant l'âge de quinze ans, rarement plus tard, et jamais après l'âge de vingt ans. Elle peut s'arrêter dans sa marche dès son origine, augmenter progressivement jusqu'à l'âge de vingt-cinq ou trente ans, pour devenir ensuite stationnaire, ou enfin continuer à s'aggraver sans interruption jusqu'à un âge avancé.

Toute myopie restant progressive au delà du terme ordinaire de son aggravation doit être considérée comme grave pour l'avenir, car il est bien rare que les personnes qui en sont atteintes arrivent à l'âge de soixante et même de cinquante ans en conservant l'usage de leurs yeux. La myopie, chez elles, devient tellement forte, qu'elle équivaut à la cécité, où la vision est abolie par décollement ou dégénérescence de la rétine.

Lorsque la scléro-choroïdite est reconnue à temps et convenablement soignée, elle offre un pronostic favorable et la guérison en est presque certaine. Quoique le staphylôme postérieur ne suive jamais une marche rétrograde, une fois qu'il est reconnaissable à l'ophthalmoscope, on peut dire que la scléro-choroïdite et l'amblyopie qui en est la suite ne sont pas des affections dont le pronostic soit généralement des plus fâcheux ; il ne faut cependant pas perdre de vue que la scléro-choroïdite est le point de départ le plus ordinaire des altérations qu'on rencontre dans les yeux amaurotiques.

La scléro-choroïdite n'est pas une maladie congénitale ; mais les

enfants héritent de leurs parents la disposition à contracter cette affection. Ses causes occasionnelles les plus importantes sont l'usage exagéré des organes de la vue sous l'influence d'une lumière insuffisante ou peu homogène, la grande activité imprimée à l'appareil d'accommodation, et les circonstances défavorables dans lesquelles on est souvent obligé de se livrer à des travaux immodérés des yeux. Ces différentes causes se trouvent surtout réunies à un haut degré chez les jeunes gens qui se livrent aux études.

Les tailleurs, les cordonniers, les brodeurs, les dentellières, les couturières, etc., contractent la choroïdite aussi souvent que les jeunes gens qui se livrent aux études; si la myopie est très-fréquente chez les derniers et très-rare chez les premiers, c'est que l'usage immodéré des yeux se fait dans des conditions différentes. En effet, les premiers ne s'imposent aucun effort d'accommodation, tandis que chez les derniers tous les travaux s'exercent sur des petits objets tenus rapprochés des yeux, et exigent une grande et continuelle tension de l'appareil d'accommodation.

La principale cause qui fait empirer la scléro-choroïdite est la continuation du travail exagéré de l'organe malade, l'état trop prolongé de l'accommodation pour des objets peu éloignés, et l'emploi exagéré des verres fortement concaves.

Lorsque le staphylôme postérieur est produit, lorsque la myopie est devenue un fait accompli, il est impossible d'en espérer la guérison. Le médecin doit chercher à prévenir la myopie, en s'appliquant à reconnaître la scléro-choroïdite à son début, à en enrayer la marche, à la guérir par un traitement convenable, avant qu'elle ait produit des altérations incurables, et, lorsque ces altérations existent, à en arrêter les progrès ultérieurs et à empêcher ainsi la cécité.

Lorsqu'un jeune homme commence à se plaindre de symptômes qui dénotent une congestion des membranes internes de l'œil, au lieu de l'adresser à un opticien pour qu'il se procure des lunettes, on doit le confier aux soins d'un médecin qui, après avoir constaté la nature de la maladie à l'aide de l'ophthalmoscope, instituera le traitement indiqué par la nature du mal et des causes qui le développent.

On condamnera les yeux à un repos immédiat et absolu, en défendant tout effort d'accommodation; il faudra que le jeune malade s'abstienne rigoureusement de lire et d'écrire, non-seulement à la lumière artificielle, mais aussi à la lumière du jour, qu'il laisse les yeux s'exercer à champ libre. On combattra en outre la congestion

par les dérivatifs dirigés sur le tube digestif et les extrémités inférieures, et on secondera l'action de ces dérivatifs par des lotions froides pratiquées plusieurs fois par jour sur le front et les yeux. Si la sensibilité à la lumière est trop grande, on pourra faire dans les yeux deux ou trois instillations par jour d'une solution très-faible de sulfate d'atropine.

Si les symptômes résistent à ces premiers moyens, on pourra recourir avec avantage à la sangsue artificielle d'Heurteloup, appliquée à chaque tempe.

Le même traitement convient aux cas de myopie progressive chez les malades qui n'ont pas dépassé l'âge que l'on peut considérer comme le terme ordinaire de l'aggravation de la myopie.

Lorsque la myopie n'est pas devenue stationnaire avant l'âge de trente ans, elle continue sa marche progressive jusqu'à un âge très-avancé, sans espoir d'amélioration. Dans ces cas, il n'y a rien à espérer des ressources de la médecine, et l'usage des verres concaves azurés est le seul moyen qui procure quelque soulagement.

Il importe alors beaucoup de déterminer exactement le degré de la myopie, car il faut tout d'abord choisir les verres qui permettent à l'œil de s'accommoder pour des rayons parallèles. Si les lunettes sont trop faibles, les myopes n'en retirent pas tous les avantages voulus, car ils sont obligés de continuer les efforts fréquents qu'ils s'imposent pour accommoder la vue à distance. Les lunettes trop fortes ont des inconvénients bien plus graves; car, avec leur usage, il faut déjà, pour accommoder l'œil aux rayons parallèles, des efforts très-fatigants, et le trouble des relations qui doivent exister entre la convergence des lignes optiques et les efforts du pouvoir d'accommodation persiste, quelle que soit la distance à laquelle on regarde.

Il n'est pas nuisible, il est même utile que les myopes portent des lunettes et qu'elles soient assez fortes pour voir nettement des objets très-éloignés. Ce n'est que dans les cas de myopie très-avancée qu'il convient de conseiller des lunettes un peu faibles. Il convient que les myopes se servent de lunettes pour lire et pour écrire, car la convergence exagérée de leurs lignes visuelles les conduit à n'employer qu'un seul œil pour voir de près, ce qui peut occasionner un strabisme divergent, ou tout au moins donner lieu à une tension musculaire très-nuisible à l'organe visuel, et devenir la cause d'un staphylôme postérieur s'il n'existe pas encore, ou contribuer à l'augmenter s'il existe déjà.

Le myope ne doit pas se servir des mêmes verres pour voir de loin et de près. Dans tous les cas, il ne doit pas se servir pour lire,

et surtout pour écrire, de verres plus forts que son affection ne l'exige.

S'il existe déjà de l'amblyopie, on ne saurait prendre trop de précautions pour conserver la vue. Si l'amblyopie ne cède pas à un traitement rationnel, il faut non-seulement proscrire les verres concaves, mais encore interdire aux malades de chercher à voir à courte distance, sous peine de perdre le peu de vue qui leur reste.

Il ne suffit pas que les médecins tâchent de prévenir la myopie chez les sujets qui sont atteints de scléro-choroïdite, mais il faut encore que les chefs des établissements d'instruction soient avertis des dangers que courent les jeunes gens dont on soumet les yeux à une application trop prolongée, afin qu'ils diminuent, autant que possible, les causes d'irritation oculaire inhérentes à ces établissements. Les règles que donne à cet égard M. Van Roosbroeck sont celles de l'hygiène oculaire la plus simple. Ajoutons seulement la remarque suivante, qui est très-importante :

Comme la lumière artificielle exerce une action plus ou moins irritante sur les yeux, en rapport avec le nombre des rayons rouges et jaunes qu'elle contient, on doit chercher à y remédier en neutralisant l'action malfaisante de ces rayons, c'est-à-dire en entourant la flamme des lampes ou du gaz d'une cheminée en verre de couleur azurée, en surmontant et en entourant les flammes d'un grand abat-jour peint en bleu pâle à l'intérieur, en donnant une teinte légèrement azurée au papier des livres classiques et des cahiers, en peignant les murs des salles d'étude en bleu pâle plutôt qu'en blanc.

RÉPERTOIRE MÉDICAL.

Cataracte *capsulaire secondaire. Traitement médical.* On sait à quelles contestations a donné lieu l'existence de la cataracte capsulaire primitive, encore niée aujourd'hui par les uns, admise par les autres. Il n'en est pas de même de la cataracte capsulaire secondaire, que personne ne révoque en doute, tant il est facile, d'ordinaire, de la reconnaître sur l'homme vivant. Si des dissidences se sont élevées à son sujet, elles n'ont porté que sur son siége et sur sa nature. Suivant les uns, cette cataracte résulterait de l'opacité de la capsule elle-même, qui s'infiltrerait d'une substance fibro-albumineuse; suivant d'autres, elle serait due à une fausse membrane appliquée seulement à la surface de la cristalloïde, dont les propriétés physiques n'auraient subi aucune atteinte. Quant à sa nature, tous les auteurs la considèrent comme étant essentiellement inflammatoire. Cette opinion est celle que M. le docteur Mirault, d'Angers, a soutenue récemment dans une communication très-intéressante faite à l'Académie de médecine. Voici les sages considérations pratiques que le savant chirurgien d'Angers a émises sur le traitement de cette cataracte :

« Cette variété de l'opacité capsulaire, à laquelle on n'a opposé que des moyens chirurgicaux, leur résiste

souvent ; c'est pourquoi on a cherché à la prévenir en détruisant la capsule au moment même où l'on opère la cataracte. Il s'en faut de beaucoup que l'on atteigne toujours le but qu'on se propose.

« L'extraction dans laquelle on attaque la cristalloïde de front, pour ainsi dire, à l'aide d'instruments plus appropriés, n'offre pas elle-même plus de garanties. Le mieux, je pense, serait de s'abstenir de ces manœuvres préventives, qui ajoutent aux chances d'insuccès de l'opération, d'ouvrir simplement la capsule et d'attendre l'événement.

« Il n'en est plus de même quand une cataracte capsulaire consécutive s'est formée. Il faut agir, mais de quelle manière ? Ici, les auteurs conseillent encore de recourir à l'opération. Sera-t-elle plus sûre, bien que la capsule modifiée dans ses propriétés physiques par l'inflammation semble devoir donner plus de prise aux instruments ? J'en doute d'autant plus que bien des fois j'en ai fait l'épreuve. C'est pourquoi je pense que des moyens plus efficaces, au moins dans un grand nombre de cas, restaient encore à trouver. Ces moyens sont fort simples : partant de l'idée que la cataracte capsulaire secondaire est un produit inflammatoire, j'ai supposé que, comme certaines opacités aiguës de la cornée, elle pourrait bien se dissiper par l'emploi des antiphlogistiques. L'expérience n'a pas tardé à réaliser ce qui, pour moi, n'avait été d'abord qu'une espérance.

« Je ne pense pas que nul chirurgien veuille objecter que, dans la pratique habituelle, à l'exemple de Janin, personne ne se presse d'opérer cette cataracte.

« Je le reconnais ; mais ce n'est point dans l'espoir de la voir se dissiper spontanément qu'on agit ainsi ; c'est pour éviter le danger qu'il y aurait à reporter trop tôt les instruments dans l'œil. D'ailleurs, cette sage temporisation n'a pu avoir d'autre but, puisqu'on ne voit presque jamais, en pareil cas, la nature se suffire à elle-même.

« Autant il est indiqué d'attendre quand il s'agit d'opérer, autant il serait nuisible de le faire quand on se propose d'appliquer le traitement médical, car celui-ci a d'autant plus de chances de réussite qu'on le met plus tôt en pratique.

« L'homme de l'art doit donc être toujours sur ses gardes, après une opération de cataracte par extraction, afin que, si une opacité consécutive venait à se manifester, il la connaisse et la combatte immédiatement par un traitement antiphlogistique très-actif : saignées générales et locales, révulsifs intestinaux et cutanés, emploi des frictions périorbitaires mercurielles et belladonées. Tels sont les moyens principaux auxquels j'ai dû de rétablir la vue onze fois, sur quatorze malades que j'ai soumis à ce traitement. Ces faits montrent aussi que le traitement médical, quand il doit réussir, agit rapidement. En effet, il résulte du relevé que j'ai fait de ces onze cas de guérison, que la durée moyenne de la cure a été de moins de onze jours pour chaque malade. J'ajoute que le succès est habituel quand la cataracte secondaire est simple et que si les remèdes échouent, c'est qu'alors la capsulite est compliquée d'autres phlegmasies intra-oculaires plus ou moins graves. Dans ces circonstances malheureuses, une seule ressource reste au malade, c'est une opération chirurgicale. » (*Bull. de l'Acad. de méd.*, octobre 1861.)

Champignons (*Empoisonnement par les*). *Trois cas de mort.* Les grands journaux entretenaient, il y a quelque temps, le public d'un grave événement qui avait fait une grande sensation dans une petite localité de l'arrondissement de Neufchateau, dans les Vosges. Trois membres d'une même famille venaient de périr après avoir mangé des champignons. Il importait d'avoir des détails précis sur l'espèce de champignons qui avait déterminé l'empoisonnement et sur les symptômes éprouvés par les victimes. Un médecin de Lamarche, M. le docteur Mangin, a satisfait à cet égard la juste curiosité des médecins. Voici en quels termes il raconte le fait, dans une note publiée dans la *Gazette des Hôpitaux*, du 10 septembre dernier :

« La famille O*** de Mont-lez-Marche, composée de six personnes, mange le 9 août dernier, au souper, un plat de champignons recueillis par les enfants. Pendant la nuit suivante, une petite fille de trois ans vomit plusieurs fois ; deux petits garçons, l'un de cinq ans, l'autre de sept, et une jeune fille de dix-neuf ans, vomissent seulement le lendemain dans l'après-midi, et éprouvent des coliques avec du dévoiement. On croit à une simple indigestion. Le père, qui

avait beaucoup mangé de ce plat, n'éprouva aucun accident; la mère n'avait fait que goûter la sauce, et cependant elle vomit aussi le lendemain matin.

« Le mardi 13 août, quatrième jour après l'ingestion du poison, trois enfants éprouvent des douleurs vives dans la poitrine et le ventre; c'est alors seulement qu'on va chercher M. le docteur Mangin. Le petit garçon de sept ans était déjà mort; celui de cinq ans était dans un état désespéré: résolution des membres, intelligence anéantie complètement, yeux à demi fermés, convulsés, hagards, ternes; pouls fréquent (100 à 110), faible; respiration embarrassée. La fille de dix-neuf ans était à peu près dans le même état; elle était agitée de mouvements convulsifs, alternant avec un état comateux; elle accusait seulement un peu d'oppression à l'épigastre, le ventre n'était pas ballonné, le pouls était très-fréquent et faible. »

Notre confrère chercha à réveiller les forces par du café noir bien chaud, par des sinapismes promenés aux extrémités, par des frictions sèches. Tout fut inutile: le petit garçon mourait à deux heures du matin, sans avoir bu une seule goutte de café; la fille prolongeait son agonie jusqu'à sept heures du matin le lendemain.

Voici les renseignements que M. Mangin a recueillis sur la nature des champignons mangés. Le plat presque tout entier était composé d'un champignon appelé dans le pays *jantrelle* (chanterelle, *agaricus cantharellus*), espèce qui croît en abondance dans les forêts des Vosges et se mange impunément. Quatre autres champignons, connus dans le pays sous le nom de *gulmettes* (*agaricus procerus* et *agaricus rubescens*), étaient mélangés aux chanterelles; trois avaient le chapeau grisâtre, le pédicule blanc entouré dans un point d'un anneau ou bague; le quatrième avait le chapeau rougeâtre, tacheté de points blancs, verruqueux, avec un collier autour du pédicule. C'était évidemment une amanite ou fausse oronge, désignée dans le pays sous le nom de *fou*.

M. Mangin pense que l'immunité dont a joui le père de cette malheureuse famille ne peut s'expliquer que par le hasard des portions. La petite fille de trois ans a dû son salut aux vomissements qui ont suivi de près l'ingestion du poison. Les trois enfants morts n'ont vomi et eu des selles que dix-huit heures au moins après le repas; le poison avait eu le temps d'être digéré et absorbé. Mais ce qu'il y a de particulièrement insolite dans ce fait, c'est que les symptômes de l'empoisonnement proprement dit ne se sont déclarés que le quatrième jour après l'ingestion du poison.

A peine ces faits venaient-ils de se passer qu'un journal étranger (*Gazeta medica veneta*) rapportait la relation d'un empoisonnement de trois personnes, suivi heureusement cette fois de guérison. Voici le fait:

Un habitant de Folgaria, dans le Tyrol, cueillit un gros champignon (*boletus luridus*) qu'on fit rôtir simplement avec du sel et que la mère et deux filles mangèrent avec de la *polenta*. La plus jeune éprouva bientôt des douleurs précordiales, puis à l'estomac et au bas-ventre, avec soif, nausées, efforts de vomissements, prostration; les deux autres femmes ne tardèrent pas à ressentir les mêmes effets. Les vomissements persistaient malgré l'usage du lait; mais une forte décoction de café les fit cesser comme par enchantement, ainsi que les douleurs abdominales. Lorsque M. le docteur Bonna fut appelé, les victimes étaient couchées; deux étaient couvertes d'une sueur froide, pouls faible, dépressible, irrégulier, avec aphonie, assoupissement, convergence des yeux, prostration extrême; chez l'aînée des filles, froid général, coma, yeux immobiles, cornée presque vitrée, perte de connaissance, pouls nul, battements du cœur presque insensibles. Du vin chaud, avec 5 à 6 grammes d'ammoniaque, fut administré par cuillerées et on fit réchauffer les malades. Peu à peu les mouvements musculaires revinrent par l'usage du vin, et quelques jours après, le rétablissement était complet.

Créosote, *son emploi contre la dyssenterie*. Le docteur Elmer, de la Nouvelle-Orléans, dit avoir employé avec succès la créosote pendant une épidémie de dyssenterie maligne. Son mode d'administration est des plus simples: il consiste à faire prendre, toutes les deux heures, deux gouttes de créosote dans une suffisante quantité de mucilage de gomme arabique. Au dire de l'auteur, une amélioration manifeste suivait de près l'emploi du remède.

Ce mode d'administration diffère, on le voit, beaucoup de celui de Gairdner, que nous rappelions il y a quelques mois (t. LX, p. 524), et qui

consistait à n'employer la créosote qu'en lavements.

Nous pensons que, pour la créosote, comme pour le nitrate d'argent, et d'autres agents thérapeutiques, il peut être souvent utile de les administrer à la fois par les deux voies.

Maladie du sommeil. La maladie du sommeil, ou somnulence, décrite par les médecins portugais, n'est connue en France que depuis peu de temps, grâce à une communication de M. le docteur Ad. Nicolas, chirurgien de la marine, qui vient de nous en faire connaître les principaux traits :

La maladie du sommeil, d'après M. Nicolas, est caractérisée exclusivement par les manifestations physiologiques du sommeil, se prolongeant au delà de ses limites normales. Cette affection est propre aux nègres africains. Les femmes y sont moins prédisposées que les hommes, et les adultes moins que les enfants. Le premier signe extérieur de l'invasion de la maladie s'observe aux paupières, que le malade tient à demi fermées, comme s'il ne pouvait plus les relever entièrement. En même temps il est pris, à divers moments de la journée, d'un besoin de dormir plus ou moins impérieux. La manière dont chacun lutte contre ce besoin est en rapport avec son caractère et ses habitudes; les enfants surpris au milieu de leurs jeux y résistent mieux et plus longtemps, si le jeu qu'ils sont obligés de quitter les intéresse, mais tous finissent toujours par y céder. Comme le besoin de dormir peut surprendre les sujets dans la position debout ou assise, aussi bien que dans la position couchée, il n'est pas étonnant qu'ils s'y laissent aller plus ou moins vite, suivant les circonstances. En dehors de ces accès de sommeil, le sujet ne paraît pas malade. Il conserve sa physionomie normale, à part cette semi-occlusion des paupières, qui ne sont jamais complétement relevées, même chez ceux qui paraissent le mieux éveillés. Peu à peu les accès se rapprochent et se confondent; il faut éveiller le malade, et souvent l'exciter pour le faire manger. Dès lors ses camarades s'éloignent de lui, par suite du sentiment qui les fait s'éloigner des autres malades. Il est arrivé ainsi que des sujets oubliés dans un coin du navire ont dormi un temps très-long. Bientôt ils ne s'éveillent réellement plus; les stimulations de toute espèce ne provoquent qu'un effort incomplet. M. Nicolas a vu le malade qu'il pressait de boire essayer de porter le verre à sa bouche, et s'assoupir avant d'avoir achevé ce mouvement si simple. On voit là toutes les nuances qui existent entre l'assoupissement et même la simple tendance au sommeil, et le sommeil le plus profond. A ce moment de la maladie, les malades dorment dans les positions les plus diverses et souvent les plus pénibles en apparence, mais dont aucune n'exige d'efforts musculaires; toujours le corps repose en entier sur le sol. Ils s'éteignent ainsi progressivement, sans crises, sans douleur, et sans qu'on puisse saisir le passage du sommeil à la mort.

Souvent rien n'est changé dans l'habitude extérieure. M. Nicolas a vu l'embonpoint se conserver jusqu'à la fin, malgré la privation complète de nourriture. En général cependant, surtout quand la maladie marche lentement, le malade maigrit et tombe dans un état de marasme qui explique la mort. La peau ne change pas de couleur, mais elle prend, dans tous les cas, cet aspect terreux qui s'observe chez tous les noirs malades. La chaleur est sensiblement conservée, mais la peau est sèche. L'expression change à la longue, et les malades paraissent indifférents et comme hébétés.

Les fonctions peuvent rester normales pendant toute la maladie. L'appétit paraît conservé, mais l'état de somnolence empêche les malades de le satisfaire; la langue est normale, les selles solides.

L'état du pouls n'a rien présenté de particulier. L'intelligence est conservée jusqu'à la fin, bien qu'elle paraisse amoindrie et paresseuse : le malade est hébété, comme un homme à demi endormi, mais il comprend toutes les questions qu'on lui adresse. Il n'y a d'ailleurs jamais de délire. Pendant ce sommeil profond, sans contractions musculaires autres que celles des muscles respiratoires, sans apparence de vie, les perceptions sensorielles sont lentes, mais nettes; l'ouïe, le toucher restent impressionnables, quoique la transmission soit moins active. Il n'y a point de paralysie; la sensibilité est conservée, quoiqu'elle soit moins vive; il n'y a ni anesthésie, ni analgésie.

La marche de la maladie est continue, lente, progressive. Les lésions anatomiques trouvées à l'autopsie sont insignifiantes; enfin son pronos-

tie est très-grave, et son traitement nul ou à peu près. Le café, les divers excitants généraux, la strychnine, le sulfate de quinine, le musc et d'autres antispasmodiques, le fer, les vomitifs, les purgatifs, le chloroforme, le vésicatoire ou le séton à la nuque, le vésicatoire sur le ventre ont été employés sans aucun résultat. Il en a été de même de l'exercice, de la marche, du travail, ainsi que de tous les moyens de distraction. (*Gaz. hebdomad.*, octobre 1861.)

Résection ostéoplastique *du maxillaire supérieur.* Nous sommes redevables à M. le professeur Langenbeck, de Berlin, d'une nouvelle conquête dans le domaine de l'ostéoplastie : c'est un nouveau procédé de résection ostéoplastique du maxillaire supérieur. M. Langenbeck l'a mis à exécution pour la première fois le 1er juillet 1861, chez un jeune garçon âgé de quinze ans, qui portait une tumeur fibreuse implantée dans la fosse ptérygo-palatine, et ayant envoyé des prolongements multiples dans la fosse nasale et dans le pharynx (par le trou sphéno-palatin), ainsi que dans la fosse sphéno-maxillaire. Voici en quoi consista l'opération, et quels en furent les résultats :

Le malade ayant été chloroformé, une première incision cutanée, partant de l'aile du nez, alla, en décrivant une courbe convexe inférieurement, longer le bord inférieur de l'os malaire, et se terminer au milieu de l'apophyse zygomatique du temporal. Une seconde incision commença à l'apophyse nasale de l'os frontal, longea le bord inférieur de l'orbite, en croisant l'apophyse frontale du maxillaire supérieur, et se termina au même point que la première incision, avec laquelle elle formait un angle obtus. La peau fut laissée en contact avec les parties profondes. Coupant du dehors en dedans, l'opérateur divisa les parties molles au niveau de la première incision jusque sur l'os, et il détacha les insertions malaires du masséter. Il coupa ensuite l'aponévrose du buccinateur, qui faisait fortement saillie au dehors, et il découvrit une tumeur blanchâtre, bosselée, qui gagnait la fosse ptérygo-palatine en passant entre l'apophyse coronoïde et la face externe du maxillaire supérieur, laquelle était notablement déprimée. Les deux mâchoires ayant été écartées par le moyen d'un spéculum, il fut facile d'introduire le doigt indicateur dans la fosse sphéno-palatine, et de passer entre la tumeur et le maxillaire. Le trou sphéno-palatin, également dilaté, permit à l'extrémité de l'index de pénétrer jusque dans la fosse nasale. L'index fut ensuite remplacé par un petit élévateur et enfin par une scie droite et fine, à l'aide de laquelle le maxillaire fut coupé de la profondeur à la surface. Les parties molles correspondant à la deuxième incision furent coupées à leur tour jusque dans l'orbite et jusqu'à l'angle formé par la réunion des apophyses frontale et temporale de l'os malaire. Un deuxième trait de scie, pénétrant dans la fente sphéno-maxillaire, divisa ensuite transversalement l'apophyse orbitaire du maxillaire jusqu'à l'os unguis. La partie du maxillaire comprise entre les deux traits de scie ne restait plus adhérente par son apophyse nasale qu'à l'os propre du nez et à l'apophyse nasale du frontal. C'était le pédicule qui devait servir à la nutrition de la partie reséquée, et la peau y avait été conservée intacte. Le rebord alvéolaire et le palais étaient en rapport avec le reste du squelette. A l'aide d'un élévateur introduit sous l'os malaire, il fut facile de relever la partie reséquée. Ce déplacement fut assez étendu pour que l'os malaire se trouvât à peu près en face de la ligne médiane du nez. Une large ouverture donna ainsi librement accès dans le pharynx et dans les fosses nasales, sphéno-maxillaire et ptérygo-palatine.

On enleva, à l'aide d'une gouge, le pédicule de la tumeur, inséré dans la fosse ptérygo-palatine, et on put alors retirer facilement les divers prolongements des régions qu'ils avaient envahies. L'hémorrhagie qui accompagna l'opération fut abondante, mais elle finit par s'arrêter spontanément. On dut seulement lier l'artère sphéno-palatine au moment où elle s'engage dans le trou du même nom. Le fil de la ligature fut ramené par la narine. Le maxillaire fut remis en place sans difficulté. Une légère compression suffit pour obvier à la tendance qu'il manifestait à se relever. Des sutures métalliques réunissent les incisions cutanées. Un pansement simple fut appliqué, et le tout recouvert d'une vessie remplie de glace.

Au bout de dix-huit jours, la cicatrisation était complètement achevée et toute trace de mobilité de la partie reséquée de l'os avait disparu. La même opération a été répétée par

M. Langenbeck, pour enlever un polype naso-pharyngien à insertion très-étendue. Sur la foi de ces deux faits, M. Langenbeck formule les conclusions suivantes :

1° La résection du maxillaire supérieur avec conservation du palais et du rebord alvéolaire suffit pour rendre largement accessibles les tumeurs développées dans la région naso-pharyngée ou dans le voisinage.

2° L'ablation totale du maxillaire, comme opération préliminaire à l'extirpation de ces tumeurs, n'est, par conséquent, plus justifiable à l'avenir.

3° Le maxillaire supérieur peut être scié horizontalement en travers, à l'aide d'une scie introduite dans le trou sphéno-palatin.

4° Le maxillaire reséqué de cette manière, avec conservation des parties molles qui le recouvrent, peut être remis en place, et se souder intégralement avec les parties voisines.

L'opération de M. Langenbeck n'est pas sans analogie, comme on le voit, avec celle que M. Huguier a fait connaître récemment à l'Académie de médecine. (*Gaz. hebdomad. de méd. et de chirurg.*, octobre 1861.)

Suture métallique (*Bec-de-lièvre unilatéral traité avec succès par la*), *après deux opérations infructueuses.* Depuis que la méthode des sutures métalliques a été importée en France, les chirurgiens se sont empressés à l'envi de la soumettre à l'épreuve de l'expérimentation, qui lui a été généralement favorable, surtout toutes les fois qu'il s'est agi d'obtenir la réunion des muqueuses. Voici un nouveau fait qui témoigne en sa faveur. Il s'agit d'un bec-de-lièvre opéré deux fois sans succès par les moyens d'union usuels et qui a guéri par l'emploi de la suture métallique.

Un garçon de huit ans, affecté d'un bec-de-lièvre unilatéral gauche, avec division de la voûte du voile du palais, est entré, il y a deux mois, dans le service de M. Gosselin. Une opération pour le bec-de-lièvre avait été faite, à l'Hôtel-Dieu, pendant la première année de l'existence et n'avait pas réussi. Il y avait donc un écartement considérable, et par suite une grande difformité. M. Gosselin espéra néanmoins que la suture entortillée pourrait suffire, et il la pratiqua en conservant les deux petits lambeaux comme dans le procédé de M. Malgaigne, et en décollant largement la lèvre à droite et à gauche. Lorsque les trois épingles furent ôtées, le cinquième jour, la réunion paraissait bien faite et on avait lieu d'espérer une guérison, lorsque la désunion s'opéra. L'écartement resta plus grand après ce second insuccès qu'après le premier, et l'enfant était tellement difforme qu'il fallait bien tenter une troisième opération. Le dernier insuccès, comme tous ceux qu'on observe à la suite du bec-de-lièvre, avait été dû à ce que les moyens de réunion n'étaient pas restés assez longtemps en place. Il fallait donc choisir une suture dont les agents pussent, sans inconvénient, rester au moins huit jours sans être enlevés. Les fils minces d'argent parurent à M. Gosselin aptes à remplir cette indication. Mais fallait-il s'en tenir avec eux à la suture entrecoupée? M. Gosselin craignit une déchirure par suite de l'action musculaire et donna la préférence à une suture enchevillée, disposée de telle façon qu'un fil simple, et non pas double, comme dans la suture enchevillée habituelle, traversât les deux côtés de la fente. Pour arriver à ce résultat, M. Gosselin a eu l'idée de remplacer l'anse et le nœud ordinaires par deux tubes de Galli, fixant et assujettissant chacune des extrémités du fil passé de part en part dans la cheville au moyen d'une aiguille. Les chevilles furent faites avec des morceaux de sonde entourés d'amadou, lequel devait rendre la pression plus douce. Cinq fils minces d'argent traversèrent cette cheville, à 5 ou 6 millimètres de distance les uns des autres, et furent assujettis par deux tubes de Galli, dans l'un desquels le chef fut même passé deux fois avant l'aplatissement. Les cinq fils furent passés à travers les deux bords du bec-de-lièvre; puis, pour leur faire traverser l'autre cheville, M. Gosselin attira chacun d'eux avec une anse de fil de chanvre préalablement engagée dans cette dernière; ils furent alors arrêtés avec deux tubes de Galli, comme nous l'avons dit tout à l'heure; un peu de coton fut interposé entre la peau et la cheville, déjà matelassée par l'amadou. Il faut ajouter d'ailleurs que cette fois le chirurgien enleva, avec l'incisive moyenne droite saillante en avant, la portion d'os qui la soutenait.

Les cinq fils sont restés huit jours. Le neuvième jour, la réunion de la plaie (qui était à découvert) paraissant bien solide, M. Gosselin a coupé l'une des extrémités de chacun des fils d'argent au voisinage du tube de Galli, le plus rapproché de la cheville, et a

laissé les choses encore en place jusqu'au lendemain, où il a retiré définitivement tout l'appareil. Cette fois la lèvre est bien restaurée; seulement les deux petits lambeaux en forme de trompe que M. Gosselin avait encore conservés ont été insuffisants pour empêcher la persistance d'une légère encoche. (*Gaz des Hôpit.*, octobre 1861.)

Syphilis *communiquée par la vaccination à 46 enfants sur* 63. Un fait de la plus grave importance vient d'être porté à la connaissance du public médical français par M. le docteur Cerise, qui l'a recueilli pendant un récent voyage à Turin de la bouche du docteur Pacchiotti, chargé d'en rendre compte au nom d'une commission du Congrès médical. Voici ce fait :

Vers la fin de mai 1861, le chirurgien Cagiola pratiqua une vaccination avec du vaccin contenu dans un tube qui lui avait été envoyé par le conservateur d'Acqui. La petite opération fut faite comme à l'ordinaire, avec une lancette dont l'état de propreté ne pouvait être suspecté L'enfant, Giovanni Chiabrera, alors âgé de onze mois, était en état de parfaite santé. Au dixième jour, c'est-à-dire le 2 juin, 46 enfants furent vaccinés avec le pus fourni par les pustules du petit Giovanni. Dix jours après, le 2 juin, l'un de ces 46 enfants fournit le vaccin à 17 autres, ce qui porte à 63 le nombre des vaccinés. Dans les deux mois qui suivirent, sur ces 63, 46 furent plus ou moins infectés de syphilis : l'enfant Giovanni et 38 sur les 46 de la première série et 7 sur 17 de la seconde. Giovanni, le premier *vaccinifère*, était le 7 octobre dans le marasme, et le second était mort un mois après l'opération, sans qu'on ait pu constater sa maladie.

Sur les 46 enfants l'infection syphilitique paraît s'être manifestée, en moyenne, le vingtième jour après la vaccination — variant de dix jours à deux mois. Chez quelques-uns la pustule vaccinale, au moment de se cicatriser, s'enflammait, s'entourait d'une auréole rouge, livide ou cuivrée, s'étendait et suppurait de nouveau. Chez d'autres, lorsque la cicatrice était achevée, apparaissait une ulcération se couvrant de croûtes qui tombaient et se renouvelaient sans cesse. Chez un certain nombre l'ulcération des pustules vaccinales prenait tout de suite un aspect mauvais, et s'accompagnait d'une éruption générale, que les paysans confondaient avec la petite vérole.

Le 7 octobre, on constata que 6 étaient morts sans traitement avant que l'eveil eût été donné ; 3 étaient en état de danger, 14 en voie d'amélioration, grâce à une médication spécifique ; 1 était entièrement guéri. Il y en avait 38 en traitement surveillé. Ce traitement consistait en frictions avec l'onguent napolitain aux aines, aux aisselles et aux extrémités, et en petites doses d'iodure de potassium dans du sirop de salsepareille.

Les symptômes observés sur les 25 enfants infectés ont consisté en : pustules plates, tubercules muqueux à la marge de l'anus et aux organes génitaux ; ulcérations caractéristiques de la membrane muqueuse des lèvres et de l'isthme du gosier; adénopathies spécifiques tantôt aux aines, tantôt au cou, à la région cervicale; syphilides de diverses formes; alopécie; ulcérations secondaires sur le prépuce; tubercules cutanés multiples; tumeurs gommeuses. 2 enfants sur 25 étaient dans le marasme et la cachexie syphilitique. Il faut ajouter à cette énumération l'apparition de pustules plates aux mamelles de quelques-unes des mères qui nourrissaient les enfants infectés. Disons, enfin, pour compléter le diagnostic, que l'administration d'un traitement spécifique, dirigé avec un grand soin par M. le docteur de Kotl, a été suivie d'une grande amélioration chez tous les malades.

Quelle est, se demande M. Cerise, l'origine probable de cette terrible infection ? Est-ce le vaccin contenu dans le tube ou le petit Giovanni, le vaccinifère de la première série ? Il y a, relativement à l'origine du vaccin contenu dans le tube, la plus grande obscurité, que rien ne pourra dissiper. Quant à l'enfant Giovanni, sa santé était florissante, sa constitution remarquablement belle. Rien dans ses antécédents ni dans ceux de ses parents, rien sur son corps ne pouvait autoriser le plus léger soupçon d'infection. C'est dix jours après la vaccination, vers le 5 juin, qu'il fut pris de diarrhée, laquelle durait encore le 7 octobre, et qui l'a conduit à l'état de marasme constaté par la Commission ; aucune pustule vaccinale chez cet enfant n'a été notée comme s'étant transformée en ulcère syphilitique. Les commissaires constatèrent un érythème aux bords de l'anus et aux fesses, semblable à celui qui accompagne le muguet, et que la diarrhée avait pu développer ; un autre érythème au prépuce avec un tout petit tubercule

excorié sur le bord libre, sans caractère bien tranché de syphilis ; les glandes inguinales tuméfiées et dures; rien aux lèvres, à la gorge, dans la bouche; rien à la peau ; en résumé, peu ou point de symptômes extérieurs ; cependant sa mère qui le nourrissait, et chez laquelle on n'avait constaté qu'une leucorrhée ordinaire et une légère érosion au col utérin, sans aucune trace ni apparence de syphilis, présenta plus tard, sous le mamelon droit, une tache cuivrée, rouge, livide, avec cicatrisation dure et récente, et sous le mamelon gauche une ulcération de la largeur d'un centime, à bords rouges, à surface grise, recouverte d'une croûte retenant du pus; les glandes axillaires étaient tuméfiées et denses.

Il y a un enseignement à retirer de ce fait, même au milieu de cette obscurité d'origine du vaccin infectant. Le vaccin a été puisé sur chacun des deux enfants vaccinifères le dixième jour après la vaccination. Or, ainsi que l'a fait remarquer avec raison le rapport de la Commission, le délai de dix jours est trop long; il a l'inconvénient de fournir à l'opérateur un pus trop consistant, et des croûtes qu'on ne traverse qu'en amenant du sang mêlé au pus. C'est du sang qu'il faut se méfier, beaucoup plus que du virus vaccinal lui-même. Les vaccinateurs ne doivent pas perdre ce fait de vue. (*Union méd.*, novembre 1861.)

Tumeur maligne *de la cloison recto-vaginale, extirpation à l'aide de l'écraseur linéaire.* Consulté pour une dame de soixante et un ans, qui éprouvait depuis huit mois des douleurs très-vives dans la région anale, une constipation opiniâtre suivie de selles sanguinolentes et des cuissons les plus vives, M. Verneuil reconnut les particularités suivantes :

Le pourtour de l'anus présente une rougeur érythémateuse; l'anus est sain en arrière ; mais en avant il est masqué par deux tumeurs aplaties d'avant en arrière et séparées par une incision profonde. Ces tumeurs, du volume d'une amande, étaient d'un rouge livide, ternes, peu mobiles, charnues, lisses et non ulcérées. Le sillon qui les séparait avait 1 centimètre de profondeur et était recouvert d'une pulpe grisâtre, friable, ramollie, exhalant une odeur très-fétide. Cette production morbide s'étendait à plus de 5 centimètres en hauteur dans le rectum, où elle formait une masse fongueuse, lobulée, inégale, dure, ulcérée, composée de mamelons volumineux, séparés par des incisions profondes ; elle occupait toute la moitié antérieure de l'intestin, et avait environ 4 centimètres transversalement. La tumeur était bien circonscrite latéralement et supérieurement où les tissus paraissaient sains. La masse morbide proéminait beaucoup dans le vagin, où elle formait une saillie fortement convexe, dans le sens vertical et dans le sens transversal; la moitié postérieure de la circonférence du vagin était envahie. La muqueuse vaginale recouvrait la tumeur en y adhérant; elle était même perforée dans un point où il existait une ulcération large comme une pièce de 50 centimes.

Comme la tumeur était assez loin du cul-de-sac péritonéal pour que l'ablation en fût possible et que, de plus, les douleurs devenaient très-vives; enfin considérant que le développement de cette maladie menaçait d'amener une obstruction anale, M. Verneuil proposa une opération qui fut acceptée et exécutée de la manière suivante :

La malade, étant chloroformée, fut couchée sur le côté gauche, au bord du lit, dans l'attitude usitée pour l'opération de la fistule à l'anus. Un spéculum univalve fut introduit dans le rectum et confié à un aide; puis, ayant reconnu par le toucher les limites supérieures de la tumeur, avec l'index gauche introduit dans le vagin l'opérateur conduisit sur ce doigt un grand trocart courbe, avec lequel il transperça la cloison recto-vaginale, à 1 centimètre au-dessus de la tumeur, et comme elle s'étendait plus à gauche qu'à droite, il fit la ponction à droite, pour faire d'abord une section verticale correspondante au bord de la tumeur. Le poinçon retiré, la chaîne de l'écraseur fut conduite à travers la canule; puis, après avoir incisé superficiellement la peau, depuis le côté droit de l'anus jusqu'à la réunion du tiers postérieur avec les deux tiers antérieurs de la grande lèvre, M. Verneuil forma une anse verticale avec la chaîne de l'écraseur, et en serrant quatre crans toutes les minutes, la première section fut effectuée en 16 minutes ; la plaie resta tout à fait exsangue.

La tumeur fut attirée par trois érignes, puis circonscrite par la chaîne d'un écraseur courbe, et après avoir incisé la peau, la section fut commencée. Au bout de 17 à 18 minutes, la production morbide était complétement détachée : c'était un épithélioma...

L'opération terminée, il en résulta une large brèche infundibuliforme, n'ayant guère moins de 10 centimètres d'avant en arrière, et 7 environ de hauteur. Elle fut remplie de charpie fine; un épais plumasseau imbibé d'eau fraîche et des compresses maintenues par un bandage en T terminèrent le pansement. Les suites de l'opération furent très-simples.

Cette observation montre les avantages de l'écraseur linéaire sur les autres méthodes, bistouri, cautérisation ou ligature multiple. (*Compte rendu de la Société de chirurgie*, octobre 1861.)

VARIÉTÉS.

Des ressources réelles offertes par la prothèse oculaire.

Dans un appareil de prothèse nous sommes trop disposés à ne voir que l'objet destiné à cacher une difformité. De là vient, sans doute, le peu d'attention que nous apportons aux ressources réelles de cette partie de la chirurgie; il semble même que nous craignions de compromettre notre dignité en nous livrant à son étude; aussi en faisons-nous l'abandon complet à ceux des malheureux mutilés qui ont besoin d'y avoir recours.

Combien sont peu nombreux les médecins qui, témoins de la fonte purulente d'un œil chez un sujet jeune encore, peuvent lui offrir, comme motif de consolation, les bienfaits de la prothèse oculaire!

Ces espérances, cependant, seront d'autant mieux reçues, que les malades appartiendront aux classes intéressantes de la société dans lesquelles chaque individu doit pourvoir aux besoins de son existence par l'exercice d'une profession. Or, dans notre état de civilisation, les individus qui présentent une difformité qui offense la vue sont repoussés de beaucoup d'emplois, même les plus modestes: les commis, les filles de magasin.

Que de personnes ne voudront pas prendre à leur service une domestique, par le seul motif qu'elle aura perdu un œil!

Voyez ce jeune militaire : une action d'éclat lui a mérité d'être mis à l'ordre du jour de l'armée, mais il a perdu un œil dans le combat; sans les bénéfices de la prothèse, pourrait-il poursuivre sa carrière si bien commencée?

Nous-mêmes, médecins, ne sommes-nous pas chaque jour exposés à un semblable danger? Lors de l'ouverture d'un bubon, est-ce qu'une goutte de pus ne saurait être projetée dans l'un de nos yeux et y développer cette redoutable ophthalmie purulente qui détruit si rapidement tous les yeux qu'elle affecte? Un instrument piquant ne peut-il, dans une manœuvre opératoire, échapper des mains, venir frapper notre œil? Nous connaissons tous des chirurgiens des hôpitaux qui, pour ces causes, ont perdu un de leurs yeux; mais grâce aux ressources de la prothèse, leurs clients et le plus grand nombre même des élèves qui suivent chaque jour leurs visites ignorent leur accident.

Combien de ceux de nos lecteurs qui ont rendu visite à notre regrettable prédécesseur se sont aperçus que lui aussi portait un œil artificiel!

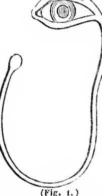
A ces motifs trop réels de sympathie, qui seuls devraient nous conduire à ne pas repousser l'étude des moyens de la prothèse oculaire, viennent s'en joindre d'autres non moins plausibles, mais qui nous touchent plus directement, en ce qu'ils nous font rentrer dans notre rôle quotidien, celui de parer à des troubles de la santé.

Dès que le globe de l'œil est atrophié, les paupières sont privées de leur point

d'appui et ne peuvent plus se mouvoir; aussi restent-elles presque toujours fermées. Les glandes lacrymales et celles de Meibomius, nullement altérées, continuent à sécréter; or, les liquides qu'elles fournissent incessamment s'amassent dans la cavité orbitaire, et par leur séjour provoquent une inflammation. Celle-ci ne tarde pas à amener le renversement des paupières, dont les cils balayent le moignon oculaire, ce qui amène souvent une céphalalgie très-tenace. Le meilleur moyen de parer à ces accidents, et généraux et locaux, est de recourir à la prothèse.

Aussitôt qu'une coque artificielle est introduite sous les paupières, ces voiles membraneux reprennent toute la liberté de leurs mouvements, la circulation s'y rétablit d'une manière normale et réagit sur l'état fluxionnaire et de la conjonctive et même du moignon oculaire.

Mais pour que ces bons effets aient lieu, il faut que l'industrie des fabricants soit enfin parvenue à nous donner des coques d'émail aussi parfaites que celles dont on fait usage aujourd'hui. Pendant de longs siècles, les tentatives incessantes de l'art ont témoigné seulement de la puissance de l'instinct qui porte l'homme à cacher ses difformités.


(Fig. 1.)

L'histoire de l'œil artificiel remonte à une époque antérieure de plusieurs siècles à l'ère chrétienne. Nous en avons pour preuve les pièces peintes que l'on voit placées entre les paupières d'un grand nombre de momies égyptiennes. On voit encore dans nos musées d'antiquités certaines statues avec des yeux en argent, et même en or émaillé. Malgré son ancienneté, l'art de la fabrication des yeux artificiels a fait de bien lents progrès, puisque nous voyons encore au seizième siècle la prothèse se borner à maintenir au-devant des paupières closes une plaque métallique sur laquelle on a peint un œil entouré de ses voiles membraneux; cette plaque était fixée à l'aide de cordons qui faisaient le tour de la tête. Ces sortes d'yeux semblent n'avoir que bien tardivement disparu, puisqu'un de nos auteurs contemporains, Rognetta, dit avoir vu un invalide qui portait encore un de ces yeux (ecblépharos). « J'avoue, ajoute-t-il, que je préférais cent fois un simple bandeau noir à une sorte de placard aussi grossier. » La gravure ci-jointe (fig. 1), empruntée à l'ouvrage d'Amb. Paré, nous offre un exemple de ces *ecblépharos*.


(Fig. 2.)

On voit figurer dans le même auteur l'image d'une plaque « qui sera d'or émaillé et de couleur semblable à l'œil naturel » destinée à être introduite sous les paupières (*hypoblépharos*) (fig. 2). Cependant, quelle que fût l'habileté du peintre, son pinceau ne pouvait imiter le bombement de la cornée; qu'on ajoute à cela que ces plaques devaient être immobiles, attendu leur manque de connexion avec le moignon oculaire sous-jacent, et l'on restera convaincu que ces yeux eux-mêmes ne pouvaient être que difformes.

Si l'on réfléchit, en outre, à la configuration qui nous est donnée de ces pièces (fig. 2), on se prendra à douter qu'elles aient pu servir. L'acuïté de l'angle interne de l'œil artificiel ne devait pas tarder à blesser la caroncule lacrymale, et la disposition semblable de l'angle externe devait s'opposer au maintien de la pièce dans la cavité orbitaire.

Plus tard, on a essayé de donner à ces pièces en métal la forme d'une coque s'adaptant mieux à la configuration de la cavité qui devait la recevoir; mais toutes ces tentatives, quelque ingénieuses qu'elles fussent, ne pouvaient aboutir à un résultat pratique. La pesanteur de la plaque d'or destinée à recevoir la couche d'émail devait toujours donner à ces yeux artificiels un poids considérable; aussi ces pièces ne tardaient pas à enflammer les tissus sur lesquels elles reposaient.

Enfin, eurent lieu les premiers essais de fabrication d'yeux d'émail; mais pendant longtemps ces essais aboutirent seulement à fournir des pièces destinées à l'ornement des têtes de poupées et de marionnettes, puis des yeux pour les animaux des collections d'histoire naturelle.

Le développement de cette industrie des yeux artificiels finit par permettre de créer des coques en émail pur (fig. 3), d'une grande légèreté, et auxquelles on donnait exactement la conformation de l'œil humain, c'est-à-dire qu'elles présentaient une cornée saillante. Ce fut là un progrès réel, considérable, et qui devait permettre à la prothèse de répondre désormais aux *desiderata* de la pratique, le reste devant être le résultat de l'expérience, l'œuvre du temps.

(Fig. 3.)

C'est ce qui est arrivé. Aujourd'hui les fabricants d'yeux artificiels sont parvenus à imiter la cornée transparente, la chambre antérieure, la forme radiée de l'iris, l'ouverture pupillaire, la sclérotique, les vaisseaux de la conjonctive, avec un tel degré de perfection, qu'il est souvent difficile, pour ne pas dire impossible, de distinguer l'œil factice de l'œil naturel.

Si l'on ajoute qu'outre ces deux conditions de simple plastique, les habiles artistes qui se livrent à cette spécialité arrivent, par d'ingénieuses sections du bord de ces coques oculaires, à les adapter à tous les accidents de surface de l'œil perdu, de façon à profiter de toute la mobilité du moignon pour établir l'harmonie des deux yeux, on se rendra compte de l'illusion à laquelle l'art peut atteindre.

J'ai été maintes fois témoin du fait suivant. Lorsqu'un malade porteur d'un œil artificiel se présente à la clinique de M. Sichel, l'habile ophthalmologiste prie un des jeunes médecins qui suivent ses cours de porter le diagnostic de l'affection dont ce sujet est atteint. Après un examen attentif et minutieux des yeux, le jeune confrère constate une immobilité de la pupille de l'un d'eux, et quelquefois une plus grande densité du globe oculaire; jamais je n'ai vu reconnaître l'existence d'une pièce prothétique, et grande était toujours la surprise du médecin lorsqu'on lui apprenait que l'œil sur l'affection duquel il dissertait était d'émail.

Les diverses figures que nous publions sont empruntées au mémoire lu au dernier congrès d'ophthalmologie de Bruxelles (1858) par M. Boissonneau père. Les coupes multiples et diverses des bords de ces coques oculaires (fig. 4, 5, 6) expliquent pourquoi l'application d'un œil artificiel ne réclame plus aujourd'hui aucune opération préalable.

Il est une seule circonstance dans laquelle la médecine opératoire doit intervenir, lorsque la blessure qui a amené la perte de l'œil a intéressé l'une des paupières. Dans ces cas, on le comprend, avant de songer à appliquer une pièce prothétique, il faut rétablir l'intégrité du voile membraneux. M. Gaujeot, dans son compte rendu de la clinique de M. Hip. Larrey au Val-de-Grâce, nous rapporte l'histoire d'un blessé de Crimée chez lequel un coup de feu avait détruit l'œil gauche et produit un ectropion de la partie moyenne de la paupière inférieure. L'habile chirurgien, après avoir détruit l'ectropion, fit placer un œil artificiel, et cet homme a pu éviter par là d'être mis à la réforme.



(Fig. 4.) (Fig. 5.) (Fig. 6.)

Quoique plus rare, la difformité peut siéger sur la paupière supérieure. En voici un exemple que nous empruntons à la chirurgie réparatrice de M. Roux.

« Dans le cas dont je parle, dit ce chirurgien, le coloboma avait succédé à une plaie faite par un corps contondant. On n'avait pu réunir cette plaie; et comme l'œil avait été lui-même entamé par le corps vulnérant, une inflammation s'en était emparée. Il s'était légèrement atrophié, et la cornée avait complétement perdu sa transparence naturelle. Trois ou quatre ans s'étaient écoulés depuis l'accident, lorsque je fus prié de remédier au coloboma, qui rendait impossible l'application d'un œil artificiel. Il y a de cela une quinzaine d'années : c'était en 1859. Le sujet avait alors quatorze ans. C'était une jeune demoiselle, dont je ne puis indiquer le nom ni la position dans le monde, bien que je ne l'aie jamais perdue de vue entièrement et que je sois à même de la voir quelquefois. Mais devenue dame, et placée dans un rang assez élevé, elle peut croire qu'on ignore, ou plutôt voudrait qu'on ignorât qu'elle fait usage d'un œil artificiel. J'ai eu à aviver les bords de la solution de continuité, comme dans une opération de bec-de-lièvre, et j'ai dû mettre trois épingles pour la suture entortillée. » (*Quarante années de chirurgie*, t. I, p. 71.)

M. Roux ne dit pas un mot des résultats de la prothèse dans ce cas, quoiqu'il en ait été témoin pendant quinze années. Les termes de son observation laissent supposer un succès complet, et si nous signalons son silence, c'est pour fournir une preuve de plus de la négligence des chirurgiens, même les plus instruits, quant aux services que peut rendre l'usage des pièces prothétiques. Heureux encore lorsqu'ils ne nous induisent pas en erreur à cet égard. Ainsi, Boyer, dans les quelques lignes de son Traité de chirurgie qu'il consacre à l'œil artificiel, dit : « Il faut que le globe oculaire soit diminué au moins d'un tiers pour qu'on puisse y adapter un œil d'émail. » De là, des opérations qui ont pour but de réduire le volume des yeux avant de songer à adresser les malades aux artistes qui appliquent les pièces artificielles. La prothèse ne réclame pas ces opérations préliminaires. Aujourd'hui on arrive à faire des plaques d'émail tellement minces, qu'on peut les appliquer sur un œil ayant conservé son volume, sans que pour cela leur présence puisse être soupçonnée.

La perte d'un œil impose aux prolétaires un sacrifice chaque jour moindre, et cela par la mise en œuvre d'émaux qui résistent plus longtemps à l'action dissolvante des humeurs de la cavité orbitaire. Ainsi, dans le *Traité* d'Hazard-Mi-

rault, publié en 1818, nous voyons que ce fabricant recommandait de changer les pièces artificielles tous les six mois au moins, tandis que M. Boissonneau, dans le mémoire que nous venons de citer, indique un terme double. « Le poli des coques confectionnées avec ces matières (deutoxyde de plomb et oxyde blanc de bismuth) résiste plus d'une année, et encore, au bout de ce temps, ont-elles seulement perdu leur brillant, sans jamais arriver à la rugosité de la surface. »

La Faculté de médecine a tenu sa séance de rentrée le 15 novembre. M. Moquin Tandon a lu l'éloge de M. le professeur Duméril. A la suite de ce discours, qui a été plusieurs fois interrompu par de chaleureux applaudissements, M. Gavarret a proclamé les noms des lauréats de l'Ecole pratique : 1° *grand prix* (médaille d'or), M. Raynaud; 2° *premier prix* (médaille d'argent), M. Mousieu ; 3° *mention honorable*, MM. Dujardin-Beaumetz, Dodeuil. *Prix Corvisart :* La question proposée pour 1862 est la suivante : « De l'influence des diurétiques dans les maladies du cœur. »

M. Mourier, recteur de l'Académie de Bordeaux, est nommé vice-recteur de l'Académie de Paris, en remplacement de M. Artaud, décédé.

M. Tardieu chargé, à titre de suppléant, de la chaire de médecine légale à la Faculté de médecine de Paris, est nommé à cette chaire, en remplacement de M. Adelon, admis à faire valoir ses droits à la retraite.

La section d'hygiène et de médecine légale vient de présenter à l'Académie la liste de classement des candidats. Voici l'ordre adopté : 1° M. Vernois; 2° M. Boudin ; 3° M. Bouchut; 4° M. Duchesne ; 5° M. Delpech; 6° M. Ménière. L'Académie a ajouté, et hors rang, M. Réveil. L'Académie a ratifié le choix de la section et a nommé M. Vernois.

Les sciences naturelles viennent de faire une grande perte en la personne de M. Isidore Geoffroy-Saint-Hilaire, mort à un âge encore peu avancé. Ses obsèques ont eu lieu au milieu d'un grand concours d'illustrations scientifiques et de commissions déléguées par l'Institut, le Muséum, l'Académie de Paris, celle de médecine, la Société d'acclimatation, etc.

La Gazette sarde nous annonce la mort de l'un des chirurgiens les plus éminents de l'Italie, le professeur Alexandre Riberi, médecin du roi Victor Emmanuel.

Le concours pour la place de chirurgien chef interne des hôpitaux de Marseille vient de se terminer par la nomination de M. Dauvergne fils. Le jury a demandé à l'administration des hôpitaux, qui s'est empressée de l'accorder, une médaille d'or pour son concurrent, M. Coulomb, interne des hôpitaux de Montpellier, qui était venu disputer la place. Ce fait témoigne, mieux que tout ce que nous pourrions dire, de la vivacité de la lutte et des connaissances solides dont les candidats ont fait preuve dans ce concours.

M. le docteur Broquier a été nommé chef des travaux anatomiques à l'Ecole préparatoire de médecine de la même ville, en remplacement de M. Berrut, démissionnaire.

Le concours pour l'internat des hôpitaux de Lyon s'est terminé le 30 octobre dernier, par la nomination de MM. Oran, Bonesœur, Poulet, Ménard (Gustave), Pressegol, Bonhomme, Planche, Bonnefous, Lambert, Museau, Breyton et Meynard (Armand). Dix-neuf candidats seulement s'étaient fait inscrire pour disputer ces douze places.

Pour les articles non signés, E. DEBOUT.

THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE.

Du rôle du calomel dans la médecine anglaise.

Par M. le docteur Fonssagrives, médecin en chef de la marine.

Le rôle considérable et comme dominateur que joue le calomel dans la thérapeutique des Anglais contraste avec la rareté de l'emploi de ce médicament dans la nôtre. Nous ne nous faisons pas faute de leur reprocher la généralisation banale des applications de ce médicament, dont le nom est devenu comme la caractérisation satirique d'une médecine qui choque singulièrement nos idées et nos habitudes, et cependant ce reproche, comme nous le dirons tout à l'heure, n'est fondé qu'en partie. Il importe, en tout cas, pour le justifier, de connaître cette médication dans tous ses détails et de savoir sur quelles données théoriques et pratiques elle s'appuie. Une pareille étude a le double avantage d'instruire scientifiquement un procès dont les pièces ont été fort incomplétement réunies jusqu'ici, et de rechercher si, en opposition avec cet emploi si général du calomel en Angleterre, nous ne restreignons pas un peu trop son usage, et si, d'aventure, nous n'avons pas, sous ce rapport, quelques emprunts à faire à nos voisins d'outre-Manche.

Disons tout d'abord que le calomel, qui n'est guère usité chez nous qu'à titre de purgatif, ou comme moyen assez aléatoire de produire la salivation mercurielle dans certaines phlegmasies séreuses, est chez les Anglais l'instrument principal, sinon exclusif, de la mercurialisation, et de là vient que le champ de ses applications est allé s'élargissant au point de choquer nos idées thérapeutiques, habituées à ne guère voir dans le calomel qu'un purgatif à indications spéciales. De plus, il est rare que les Anglais emploient ce médicament isolé ; le plus souvent il est associé à d'autres substances qui ont une action confirmative de la sienne ou qui jouent simplement le rôle de correctifs, d'où nécessairement l'accroissement presque indéfini de ses applications. Il faut tenir compte de cette double particularité pour bien juger ce côté de la thérapeutique anglaise.

Le calomel est, au reste, un médicament d'origine britannique, et qui, à ce titre seul, devait conquérir et conserver chez nos voisins cette faveur que leur esprit si développé de nationalisme (nous ne leur en faisons pas un reproche) attache à tout ce qui naît sur leur sol. Connu depuis bien longtemps au Thibet, ce médicament

fit sa première apparition en Angleterre, en 1609, sous les auspices d'Oswald Croll, et la pratique des médecins anglais de l'Inde, notamment d'Annesley, n'a pas peu contribué à lui donner une vogue qui, des possessions de l'Inde, s'est étendue à la métropole. Nos colonies, comparativement si restreintes, reçoivent nos idées médicales et vivent sur ce fonds commun; les immenses colonies de l'Angleterre entretenant avec elle un échange permanent de personnel médical, ont une autonomie scientifique parfaitement tranchée, et exercent sur la médecine métropolitaine une influence irrécusable. Or, la nécessité fréquente de l'emploi des évacuants dans la thérapeutique des pays chauds, et la préférence accordée naturellement à un produit patronné par des traditions locales, conspiraient à en propager l'usage et à l'étendre des colonies de l'Inde à l'Angleterre elle-même. Aujourd'hui encore, les médecins de notre marine qui visitent les possessions anglaises, peuvent constater la fréquence de l'emploi du calomel dans des affections très-diverses, quoique les ouvrages les plus récents sur les maladies de l'Inde, en particulier celui de Morehead, commencent à réagir timidement contre l'abus qu'on en faisait jadis.

La médecine anglaise repose essentiellement sur un fonds brownien et humoral à la fois, ce qui explique sa prédilection pour les stimulants et les évacuants, principalement les purgatifs; mais entre ces dernier agents elle choisit de préférence ceux dont l'administration peut coïncider avec le maintien d'une alimentation substantielle, c'est-à-dire le calomel et les résines. Leur usage est entré en quelque sorte dans les habitudes de la vie, il se passe très-bien du contrôle des médecins, et la routine domestique ne se fait pas faute d'y recourir. Il faut dire aussi que le mode d'alimentation qui est en faveur chez les Anglais, et qui consiste surtout dans l'emploi d'une nourriture très-forte et très-copieuse, prédispose à ces surcharges gastro-intestinales qui indiquent plus souvent que chez nous l'emploi des purgatifs. Or, le calomel, associé à diverses résines ou à l'extrait de coloquinte, est le plus usuel de ces évacuants, et il a mission de réparer les brèches faites à l'hygiène alimentaire. Il est incontestable, au reste, que l'emploi réitéré de ces purgatifs est conciliable avec la fraîcheur du teint et une santé en apparence florissante; nous en avons vu maints exemples, ce qui, pour le dire en passant, ne justifie pas l'abus de ce moyen, mais tend à montrer que, quand il y a indication précise, on peut sans témérité insister fort longtemps sur l'administration des purgatifs sans courir en rien le risque de ces inflammations gastro-intesti-

nales dont le fantôme se dresse trop souvent devant le praticien.

La pharmacopée anglaise abonde en formules dont le calomel constitue la base. Nous citerons, d'après Péreira, au nombre des plus usuelles, les compositions suivantes : 1° les pilules composées de calomel (*compound calomel pills*) constituées par l'association du calamel avec l'oxysulfure d'antimoine, le gaïac en poudre et la thériaque. La formule d'*Edinburgh college* a adopté les préparations suivantes : calomel et soufre doré d'antimoine, de chaque 1 partie; gaïac en poudre fine et thériaque, de chaque 2 parties ; la masse est divisée en pilules de 6 grains ; chacune contient 1 grain de calomel. Les pilules de Plummer (*Plummer's pills*), très-usitées également, sont composées de calomel, de sulfure d'antimoine précipité, de racine de gaïac en poudre et d'huile de ricin. Chaque pilule de 5 grains contient 1 grain de calomel. Les pilules de Plummer sont fréquemment employées dans les maladies chroniques de la peau, les affections du foie et les troubles variés des fonctions digestives ; 2° les pilules de calomel et d'opium (*calomel and opium pills*) préparées avec 3 parties de calomel, 1 partie d'opium et quantité suffisante de conserve de roses rouges. La masse est divisée de manière à ce que chaque pilule contienne 2 grains de calomel et deux tiers de grain d'opium. La dose est de 1 à 2 pilules. On y a recours principalement dans les affections rhumatismales ; 3° les pilules cathartiques composées (*compound cathartic pills*) de la pharmacopée des Etats-Unis, dans lesquelles l'opium est associé à l'extrait composé de coloquinte, l'extrait de jalap en poudre, et la gomme-gutte. Chaque pilule contient 1 grain de calomel ; on en donne de 1 à 3.

Ces associations médicamenteuses ne sont pas aussi empiriques qu'elles le paraissent au premier abord et leur nature est déterminée par l'indication que l'on poursuit. Recherche-t-on un effet altérant, c'est principalement aux pilules de Plummer que l'on a recours. Elles subissent au bout de quelque temps une altération intime, qui aboutit à la formation de sulfure de mercure et de trichlorure d'antimoine, et les médecins anglais attachent autant de prix, dans ce médicament complexe, à l'action de l'antimoine qu'à celle du mercure. S'agit-il simplement d'utiliser les propriétés purgatives du calomel et de produire une dérivation sur le gros intestin, on combine le calomel avec des drastiques, tels que le jalap, la scammonée, mais surtout l'extrait composé de coloquinte. Si l'on cherche à provoquer la salivation, on recourt de préférence aux pilules de calomel opiacées ; si on se propose d'obtenir un

effet sudorifique ou un effet diurétique, on associe le calomel à la poudre de Dower ou à la scille. Quant aux propriétés *sédatives* que les auteurs anglais attribuent au calomel (et il faut entendre par là son action antiphlogistique), elles n'exigent pour se développer aucune association médicamenteuse; seulement le calomel doit, dans ce cas, être donné à très-larges doses.

Les quantités de calomel administrées varient également suivant le but que l'on veut obtenir, et les habitudes thérapeutiques anglaises diffèrent encore sensiblement des nôtres sous ce rapport. Quand le calomel est donné comme altérant, c'est à la dose de 1 grain ou de 1/2 grain, répétée chaque nuit ou toutes les deux nuits, et le lendemain matin on administre un léger purgatif salin ; comme purgatif, on n'excède guère la dose de 5 grains de calomel ; mais, ainsi que nous l'avons dit, on donne en même temps des purgatifs résineux. Si l'on veut provoquer la salivation, on emploie des doses de 1 à 4 grains, répétées deux ou trois fois par jour, et on leur associe de l'opium ou de la poudre de Dower. Comme antiphlogistique, on porte la dose à un scrupule, un demi-drachme et même plus. Cette posologie diffère tout à fait de la nôtre, et si l'on compare la certitude avec laquelle les Anglais produisent la salivation par le calomel, à la difficulté que nous éprouvons à arriver au même résultat par la méthode des doses réfractées, on aura tout naturellement la pensée de se rapprocher de leur manière de faire.

En Angleterre, on considère le calomel comme ayant une action élective sur toutes les glandes qui entrent dans la structure du tube digestif ou qui lui sont annexées ; il sollicite leur hypersécrétion, et de celle-ci résultent des effets thérapeutiques spéciaux. Cette opinion repose sur l'observation, et elle rallie à peu près tous les esprits : c'est un stimulant glandulaire énergique. Mais, quand il s'agit d'interpréter la nature de l'action locale exercée par le calomel sur l'estomac et l'intestin , la divergence commence. Les uns, en effet, considèrent le calomel comme un médicament essentiellement antiphlogistique qui diminue la vascularisation de la muqueuse gastro-intestinale ; les autres, au contraire, pensent qu'il congestionne cette muqueuse, et qu'il agit principalement par un mécanisme d'irritation révulsive. La première théorie, qui a été défendue surtout par Annesley, concordait trop avec les idées systématiques de l'école italienne, qui voit dans le calomel un hyposthénisant entérique, pour qu'elle ne l'adoptât pas. Elle repose sur des expériences établissant le fait de la rougeur de la muqueuse gastro-intestinale

dans l'état sain, et de sa couleur pâle chez les animaux sacrifiés après avoir fait usage du calomel. Les expériences d'Annesley ont été critiquées et reprises par un praticien de l'Inde, J. Murray, qui a adopté des conclusions toutes différentes. Morehead, qui les cite dans son ouvrage, croit aussi que le calomel détermine une forte révulsion sur le tube digestif, et compare l'état de celui-ci, sur des chiens soumis à l'usage du calomel, à ce qu'il est dans la dyssenterie aiguë. L'opinion la plus vraisemblable, c'est que la rougeur est due à l'hypersécrétion des follicules, laquelle ne peut s'opérer sans un afflux insolite du sang. Quant à la couleur verte caractéristique que prennent les selles sous l'influence du calomel, on s'accorde généralement à la considérer comme due à une modification fonctionnelle du foie, bien plutôt qu'à une réaction chimique spéciale du composé mercuriel sur les liquides complexes versés dans l'intestin.

Le calomel est fréquemment employé par les Anglais comme moyen de remédier à une constipation habituelle; mais il est rare, comme nous l'avons dit, qu'on l'administre seul, et ses associations sont déterminées par la nature de la cause presque toujours générale à laquelle on peut faire remonter la constipation. C'est ainsi que chez les individus nerveux, irritables, éminemment prédisposés, comme on le sait, à la constipation, on obtient de bons effets de l'administration combinée du calomel et des solanées vireuses, jusquiame ou belladone; on répète cette administration une ou deux fois, et chaque dose est suivie de l'emploi de l'huile de ricin, de la médecine noire classique, ou d'un mélange d'une demi-once d'huile de ricin et d'essence de térébenthine. S'agit-il, au contraire, d'une constipation *torpide*, c'est-à-dire pouvant être rattachée à un état d'inertie intestinale, on donne le calomel seul, ou on emploie successivement le calomel et l'essence de térébenthine ; quelquefois aussi on l'associe à l'huile de croton.

C'est surtout dans les diverses formes de la diarrhée que le calomel est manié dans la thérapeutique anglaise avec une hardiesse véritable. Dans la forme dite *féculente*, ou diarrhée d'irritation, on emploie d'abord les minoratifs; puis, si les selles ne se modifient pas, on administre le soir une forte dose de calomel et de poudre de James, et le lendemain on prescrit de l'huile de ricin. La diarrhée séreuse, attaquée d'habitude par les antiphlogistiques et les sédatifs, semble exclure l'usage du calomel. La diarrhée muqueuse indique, au contraire, ce médicament, qui est donné le soir mélangé à de la poudre de Dower, et qu'on fait suivre le lendemain d'un minoratif.

Cette pratique, qui est traditionnelle en Angleterre, indique que le calomel n'y est guère employé que comme modificateur des sécrétions intestinales, et il serait à désirer que, dans le cas de diarrhée opiniâtre, on y eût recours chez nous. La diarrhée bilieuse, si commune et quelquefois si tenace dans les pays chauds, répugne formellement au calomel, au dire de Copland. On se demande, en effet, où serait l'utilité de cet agent dans une affection caractérisée par une polycholie véritable. La diarrhée ulcéreuse, qu'elle soit le reliquat d'une dyssenterie ou d'une fièvre typhoïde, commande la même interdiction. On le voit, les indications du calomel dans les diarrhées sont spécifiées avec soin, et nous ne saurions nier *à priori*, sans essais contradictoires, des résultats annoncés par une masse aussi considérable de praticiens.

Les médecins anglais emploient beaucoup plus souvent que nous le calomel dans le traitement de la dyssenterie aiguë, principalement de la forme coloniale de cette affection, quoique cependant le zèle pour ce médicament commence singulièrement à se refroidir dans l'Inde, où son usage depuis Annesley était général. Morehead tend surtout à limiter ses indications, comme le prouve le passage suivant, dans lequel il fixe les limites et les conditions de l'utilité du calomel dans la dyssenterie : « Durant les deux ou trois premiers jours du début de la dyssenterie, dit ce médecin, et chez les personnes dont la constitution n'a pas été affaiblie par des maladies antécédentes, le calomel, après l'emploi des saignées et des sangsues, constitue une partie importante du traitement. On le donne le soir, à la dose de 10 grains, combiné avec un demi-grain ou plus d'ipéca et la même quantité d'opium, et le lendemain matin on administre de 16 à 30 grammes d'huile de ricin. On se guide, pour répéter deux ou trois fois cette médication, sur l'état de la langue, qui est ou non chargée, sur la nature des évacuations, l'état extérieur de l'abdomen, etc... Quoique l'usage du calomel à ces doses ne soit généralement applicable qu'aux premiers jours de la maladie, cependant il arrive aussi qu'on peut le donner à une période plus avancée, lorsque la langue est saburrale, les déjections décolorées et peu nombreuses, le ventre empâté, et qu'il y a peu d'émaciation et d'affaiblissement, c'est-à-dire lorsqu'il est légitime de penser que le système de la veine-porte fonctionne mal. Le but que l'on doit avoir en prescrivant le calomel est de régulariser les sécrétions du foie et de l'intestin grêle, tout en ménageant le gros intestin, qui est dans un état d'éréthisme inflammatoire, double intérêt que l'on concilie en ne répétant pas trop souvent les doses du calomel et en y associant l'opium. Cette réserve

est encore plus nécessaire quand il y a lieu de supposer l'existence d'ulcérations... Le traitement de la dyssenterie par de larges doses de calomel répétées et continuées pendant quelque temps, basé sur l'action présumée sédative du médicament, me paraît trouver aujourd'hui peu de crédit parmi les praticiens de l'Inde, et il me semble évident qu'une méthode thérapeutique qui a été si chaudement patronisée et si longtemps suivie, ne serait pas tombée en désuétude si elle n'avait provoqué de nombreuses déceptions. Mon opinion personnelle est que le calomel, employé comme méthode générale dans la dyssenterie, constitue une médication inopportune et souvent dangereuse. » (*My own belief, is that as general method of treatement, it is altogether inappropriate and most commonly very injurious* [1]).

Quant à la mercurialisation par le calomel dans la dyssenterie, cette méthode, très-employée jadis dans l'Inde, tombe de plus en plus dans l'oubli, et Morehead porte sur elle un jugement qui ne nous paraît pas trop sévère. On voit qu'en somme l'abus du calomel, reproché si souvent aux Anglais, tend à diminuer tous les jours dans le traitement de la dyssenterie des pays chauds.

Les affections du foie sont, au contraire, le domaine thérapeutique principal de ce médicament. La torpeur du foie (*torpor of liver*), état pathologique mal défini, qui consiste dans la réunion des symptômes suivants : constipation ou irrégularité des fonctions intestinales, décoloration des selles, troubles variés de la dyspepsie flatulente, face pâle et triste, abattement, constitue-t-il une entité morbide distincte, ou n'est-il pas plus habituellement l'expression d'altérations diverses du foie ? Quoi qu'il en soit, cet état est habituellement combattu par les médecins anglais à l'aide du calomel. Les uns le donnent à hautes doses, les autres recourent de préférence aux pilules de Plummer additionnées de savon amygdalin, et combinées avec l'usage du taraxacum. Ils expliquent diversement l'efficacité du calomel dans ce cas. Ou il agit en stimulant la sécrétion biliaire, ou il débarrasse le duodénum des mucosités qui le remplissent, et excite l'extrémité des conduits biliaires, ou bien enfin il combat, par son action antiphlogistique, l'irritation dont le canal cholédoque est le siége, et qui s'oppose à ce que la bile le parcoure librement. Si nous étions obligé d'adopter une de ces théories, ce n'est certainement pas à la dernière que nous nous arrêterions.

---

(1) *Clinical researches on diseases in India* ; Londres, 1856, t. I, p. 558.

Quant aux congestions essentielles symptomatiques du foie, elles indiquent certainement la nécessité d'employer le calomel, qui, en provoquant des selles bilieuses abondantes, doit contribuer efficacement au dégorgement du foie.

L'hépatite, rare relativement dans nos climats, revêt dans les pays intertropicaux, et notamment dans l'Inde, une fréquence très-grande et une extrême gravité qu'explique sa disposition à passer à la chronicité et à la purulence. Il y a peu d'années encore, les règles tracées par Annesley, relativement à l'emploi du calomel dans l'hépatite des pays chauds, étaient appliquées un peu empiriquement par l'immense majorité des médecins de l'Inde, et ce médicament formait la base du traitement, quand il ne le constituait pas tout entier. Les malades prenaient 20 grains de calomel le soir, et un purgatif leur était administré le lendemain matin; cette prescription était renouvelée deux, trois ou quatre fois, suivant l'intensité et la persistance des accidents. La salivation, quand elle se produisait, était regardée comme une circonstance favorable. Ces données ne sont généralement pas admises aujourd'hui, et le principe des petites doses tend à prévaloir. Le calomel est tantôt donné seul, plus souvent on le fait suivre de l'usage d'un purgatif, sulfate, phosphate de potasse, bitartrate de soude. Quelquefois aussi on l'associe à d'autres substances, comme dans la méthode de Curtis, qui consiste à administrer soir et matin 3 grains de calomel avec 4 grains de rhubarbe et autant de savon amygdalin. Les uns recherchent l'imprégnation mercurielle et la salivation; les autres, au contraire, comptent surtout sur l'action purgative et cholagogue du calomel. Au reste, le calomel, comme médication exclusive, perd aussi du terrain dans le traitement de l'hépatite des pays chauds, et s'il n'est guère de cas où les médecins anglais ne fassent intervenir cet agent, c'est surtout à titre de médicament accessoire et déférant à des indications de second ordre.

Le calomel est fréquemment employé en Angleterre dans les inflammations des séreuses, mais il est alors donné, comme en France, dans le but de provoquer la salivation. La méthode d'Hamilton, dans le rhumatisme, méthode qui consiste dans l'emploi du calomel et de l'opium, est d'une application usuelle, principalement dans les cas subaigus, et on lui attribue l'avantage de prévenir les métastases viscérales. Nous signalerons incidemment à ce propos l'usage du bi-chlorure de mercure à petites doses, introduit dans une décoction de quinquina, de salsepareille ou de serpentaire, comme moyen de combattre les manifestations subaiguës ou chroniques du rhu-

matisme. Copland, en particulier, donne les plus grands éloges à cette formule.

Nous terminerons enfin cette énumération en disant quelques mots de l'emploi du calomel contre le choléra, méthode tout anglaise et que patronnent des autorités sérieuses. Le calomel, dans cette maladie, est employé suivant deux formules distinctes, ou bien à des doses énormes qui ont été quelquefois poussées jusqu'à 20, 30 et même 50 drachmes en quarante-huit heures (de 80 à 200 grammes), sans produire d'effet physiologique, ce qu'expliquent sans doute le rejet par le vomissement et l'inertie vitale du tube digestif chez les cholériques, ou bien, suivant la méthode d'Ayre, c'est-à-dire à petites doses répétées, sous forme de pilules, contenant 1 ou 2 grains de calomel, et données de quart d'heure en quart d'heure. Les résultats énoncés à propos de cette dernière méthode, même en les supposant un peu suspects d'enthousiasme, n'en sont pas moins fort remarquables et appellent l'examen.

En résumé, nous voyons que si le calomel est fréquemment employé dans la thérapeutique anglaise, on ne saurait cependant accuser celle-ci d'en faire un usage exclusif. Il est même très-remarquable que ce médicament est beaucoup plus souvent administré chez nous à l'état d'isolement, comme purgatif sialogogue ou vermicide, qu'il ne l'est chez les Anglais, qui l'associent habituellement aux purgatifs résineux, aux antimoniaux et à l'opium. Pour bien juger ce côté de leur pratique, il convient d'expérimenter dans les mêmes conditions qu'eux, de se servir des mêmes formules, et de les adapter à des circonstances morbides identiques. Aussi nous a-t-il paru utile d'appeler l'attention sur des données qui sont d'une banalité usuelle chez nos voisins, mais dont nous n'avons en France qu'une notion très-imparfaite.

THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE.

De l'opération du bec-de-lièvre compliqué d'une double fissure nasale, par un nouveau procédé chéiloplastique.

Communiqué à l'Académie des sciences, par M. le professeur C. Sédillot.

Le bec-de-lièvre double compliqué de la fissure des narines, de la saillie en avant et en haut de l'os incisif ou intermaxillaire et de la présence d'un tubercule médian plus ou moins irrégulier et dépassant même quelquefois l'extrémité libre du nez par une sorte de

prolongement en forme de trompe, est une des difformités dont la guérison présente le plus de difficultés.

Notre ancien collègue, le professeur Blandin, avait fait connaître et adopter un très-ingénieux procédé de redressement et de conservation de l'os incisif, et il nous paraît indispensable, chez les enfants, d'y avoir recours, si l'on ne veut pas s'exposer à un insuccès presque certain.

L'ablation de cet os produit, en effet, une large perte de substance du contour alvéolaire, et la lèvre, quelque bien affrontée et réunie qu'on la suppose, ne trouvant pas de point d'appui en arrière, cède aux mouvements d'inspiration et d'expiration, est tiraillée, s'enflamme et ne se cicatrise pas. La fracture et le refoulement de cette portion osseuse seraient préférables, mais l'exécution en est peu sûre, difficile toujours, impossible souvent, et l'irrégularité ainsi que la projection des fragments sont autant d'obstacles au succès de l'opération.

L'excision d'une portion triangulaire du cartilage de la cloison nasale et du vomer (Blandin) laisse, au contraire, un espace libre où l'on repousse l'os incisif, et avec un peu d'habileté, on rétablit la régularité du contour alvéolaire, on remédie aux hémorrhagies, et la lèvre, appliquée contre une surface lisse à laquelle les débridements de la muqueuse la font adhérer, s'immobilise sans peine et se cicatrise heureusement. Je n'ai appliqué ce procédé que sur des enfants déjà âgés de quelques années, et je n'ai eu qu'à m'en applaudir.

Dans le cas où l'on opérerait des adultes, chez lesquels les chairs sont épaisses, plus consistantes et plus faciles à réunir et à maintenir réunies, on pourrait enlever l'os incisif, si le déplacement en avant était très-considérable, comme nous l'avons fait avec succès.

La chirurgie ne possède pas d'aussi brillantes ressources pour la restauration de la lèvre elle-même. Ses moitiés latérales, fortement écartées l'une de l'autre, sont étroites, minces, atrophiées, comme perdues dans les joues, confondues en partie avec les ailes du nez, séparées l'une de l'autre par le tubercule médian, et il faut non-seulement les réunir et reformer une lèvre régulière, mais encore reproduire le contour des narines et le fermer. Si l'on conserve le tubercule médian, en l'avivant et le plaçant comme une sorte de coin entre les deux moitiés de la lèvre, la restauration est imparfaite, et l'organe représente un demi-cercle à concavité supérieure, dont le peu de hauteur ne suffit pas à cacher les dents.

Dupuytren conseillait de transformer le tubercule médian en cloi-

son sous-nasale et de réunir directement les deux moitiés de la lèvre ; mais il suffit d'étudier les faits que l'on a cités pour reconnaître l'impossibilité de mettre les deux ailes du nez en contact, et le procédé de Dupuytren ne différait des manœuvres ordinaires que par une excision plus considérable du tubercule médian, qu'il reportait avec raison en haut, dans une direction horizontale, ce qui contribuait à une restauration plus régulière du nez, mais ne rendait pas à la lèvre une hauteur suffisante et ne faisait nullement disparaître l'angle rentrant en encoche dont tous les chirurgiens se sont si justement occupés depuis une vingtaine d'années. Les deux petits lambeaux renversés de Clemot, de Rochefort, l'unique lambeau de M. Philips ne sauraient remédier à cette difformité, dans les cas particuliers d'atrophie labiale et de fissure nasale que nous étudions, et le procédé dont j'ai donné la description il y a quelques années et qui permet d'augmenter la hauteur de la lèvre sur la ligne médiane, n'arrive à ce résultat qu'aux dépens des dimensions en largeur de l'organe et ne peut être employé que comme moyen accessoire, quelle qu'en soit l'utilité, lorsque la lèvre manque de développement et d'étendue.

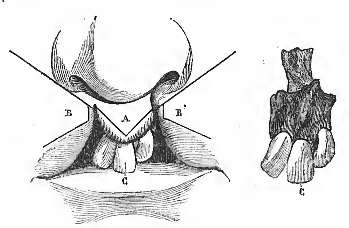
Nous portons le même jugement sur le procédé qui consiste à tailler carrément le tubercule médian et à fendre en travers ou horizontalement les portions libres de la lèvre, dont on réunit la partie supérieure aux côtés du tubercule, tandis qu'on allonge les languettes inférieures pour les affronter bout à bout ou verticalement, après les avoir fait glisser au-dessous du bord inférieur également avivé du tubercule.

Si l'on considère ces procédés comme des ressources extrêmes dont on doit s'applaudir, quelles qu'en soient les défectuosités, nous sommes disposé à les accepter à ce titre ; mais nous croyons possible de viser plus haut et d'arriver à des résultats plus satisfaisants.

Nous remédions à l'atrophie et à l'insuffisance de la lèvre par un emprunt fait aux joues, comme dans beaucoup d'autres opérations anaplastiques. Une incision oblique, commencée en dehors et prolongée à 2 ou 3 centimètres au-dessus de l'aile du nez, est continuée en bas, dans la direction du bord libre de la lèvre, dont elle rejoint la surface avivée, B,B'. (Voir la figure à la page suivante.)

Le tubercule médian A, taillé en V allongé, à pointe inférieure, sert en partie à former la cloison sous-nasale et en partie à reconstituer la lèvre, comme on l'avait déjà tenté dans des conditions moins favorables.

La joue, détachée en dehors de ses adhérences avec l'os maxillaire, dans une étendue assez grande pour en permettre l'abaissement, est réunie de chaque côté par des sutures avec les bords opposés de l'incision et du tubercule médian.



Le contour nasal est ainsi rétabli et la lèvre se trouve augmentée en hauteur et en largeur de tout le lambeau qu'on y ajoute.

On réunit alors sur la ligne médiane la totalité des surfaces avivées du bec-de-lièvre et, en ayant recours au procédé que j'ai antérieurement décrit et au petit lambeau de M. Philips, on obtient une lèvre épaisse, bien formée et d'une hauteur convenable. Il est nécessaire de multiplier les sutures pour prévenir tout déplacement des lambeaux, et d'opérer la réunion des plaies avec beaucoup de soin pour assurer une cicatrisation immédiate (1).

Si l'on a fait usage d'épingles et de la suture entortillée, il est sage de les enlever avant qu'elles ulcèrent la peau.

Dans le cas où les cicatrices offriraient plus tard quelques irrégularités et seraient lâches, amincies ou froncillées, on les rendrait aisément linéaires et à peine visibles par quelques avivements complémentaires (période de perfectionnement).

Nous avons signalé un danger très-grave, auquel les jeunes en-

(1) On éprouve d'assez grandes difficultés à opérer la réunion. Si l'on commence par l'affrontement, sur la ligne médiane, des lambeaux servant à la restauration de la lèvre, le tubercule médian tégumentaire, taillé en pointe et détaché en partie de la surface osseuse subjacente, est refoulé en haut, bridé par la nouvelle lèvre, à laquelle on a beaucoup de peine à le rattacher. On n'y réussit qu'en se servant de fines aiguilles à suture, courbées selon un très-petit diamètre, et soutenues par un manche fixe, parce que les fils de la suture mé-

fants sont exposés. La lèvre inférieure, devenue temporairement d'une étendue exagérée par le resserrement de la supérieure, est attirée dans l'intérieur de la bouche pendant les inspirations et devient une cause d'asphyxie. Une surveillance attentive exercée par la mère ou par les personnes chargées de l'enfant suffit pour prévenir ce grave accident (1).

Nous avons depuis quelques années appliqué avec succès ce procédé de chéiloplastie à des malades chez lesquels l'opération ordinaire du bec-de-lièvre avait échoué, et nous avons l'honneur de placer sous les yeux de l'Académie trois dessins recueillis d'après nature par M. le docteur Villemin, médecin répétiteur à l'Ecole impériale du service de santé, qui représentent un de nos malades avant, pendant et après l'opération, dont les suites ont été des plus heureuses (2).

---

diane déjà appliquée gênent le placement des fils et le limitent à un intervalle trop étroit.

Si l'on débute par la réunion de la peau du tubercule au lambeau correspondant, pris à la joue, on risque d'en comprendre trop ou trop peu et d'être gêné par un défaut de laxité du lambeau, pour la reconstitution de la lèvre elle-même.

Le procédé le plus favorable nous paraît consister à passer seulement les fils des sutures, sans les serrer, à la partie supérieure de la plaie, c'est-à-dire dans les portions tégumentaires du tubercule et du lambeau opposé, puis de réunir la lèvre sur la ligne médiane, et d'affronter, en terminant, la portion triangulaire du tubercule, ce que la présence des fils déjà posés rend assez aisé.

(1) M. le docteur Debout, l'habile rédacteur en chef du *Bulletin de Thérapeutique*, m'a fait observer qu'un petit appareil proposé et décrit par l'ingénieux chirurgien d'Aix, M. Goyrand, pour l'abaissement et la fixation de la langue, peut remplir avec avantage l'indication dont je me préoccupais. L'appareil de M. Goyrand se compose d'une mentonnière métallique à laquelle se fixe une petite lame d'ivoire qui repose sur la face supérieure de la langue et en empêche les mouvements de succion contre les points de suture. C'est à cette succion répétée que M. Goyrand attribue l'insuccès des opérations du bec-de-lièvre, et je me suis assuré que son appareil prévient cet inconvénient avec une efficacité parfaite, sans gêne et sans fatigue pour le jeune enfant.

J'ai voulu y avoir recours, dans ces derniers jours, pour un cas de bec-de-lièvre compliqué, et je désirais maintenir ainsi la lèvre inférieure renversée en bas et en dehors et me prémunir contre l'asphyxie dont elle peut devenir la cause, en contribuant, pendant les inspirations, à l'occlusion de la bouche.

Par suite d'une disposition assez commune, du reste, la lèvre inférieure n'était pas d'une grande laxité et n'avait aucune tendance à être attirée dans la bouche. L'appareil de M. Goyrand ne m'était donc pas nécessaire pour cette indication, mais je l'ai appliqué pour empêcher l'enfant de porter sa langue contre la face postérieure de la nouvelle lèvre et d'en retarder ou d'en détruire l'agglutination; but qui a été fort heureusement rempli.

(2) Nous avons reproduit seulement le dessin dans lequel se trouvent repro-

Le célèbre et habile chirurgien de Berlin, M. le professeur Langenbeck, a publié dans la clinique allemande un procédé qui diffère du nôtre par la forme de l'incision pratiquée sur la joue, mais dont le but est également de parer à l'atrophie et à l'insuffisance de la lèvre.

C'est une preuve de la justesse des indications que nous avons signalées et des avantages que la chirurgie pourra retirer, dans quelques cas excessivement compliqués, de l'application de l'anaplastie à l'opération du bec-de-lièvre.

CHIMIE ET PHARMACIE.

Note sur la valériane, sur l'analyse de sa racine, par la méthode de déplacement et sur le valérianate d'ammoniaque.

Par M. Pierlot, pharmacien.

Ce vaste ensemble de connaissances que l'on appelle médecine et pharmacie, renferme à la fois une science et un art. En effet, elles n'ont pas seulement pour but l'emploi et la préparation des médicaments, mais encore la connaissance intime des matières premières employées dans le traitement des maladies, c'est-à-dire, l'étude de leurs caractères naturels physique et chimique.

Parmi les agents actifs de la matière médicale figure la valériane. Tous les travaux entrepris sur cette plante n'ont eu pour but, en général, que des recherches chimiques. Je crois remplir une lacune en faisant connaître mes recherches et mes observations sur la physiologie et sur la composition organique de cette plante.

De la valériane.— Le genre valériane (*triandrie monogynie*, L.) renferme plusieurs espèces, dont quelques-unes sont utilement employées en pharmacie. A leur tête se place la valériane sylvestre, *valeriana elatior sylvestris* (*valeriana officinalis*, L., var., A.), vulgairement appelée *valériane sauvage*, *petite valériane*. Elle croît au milieu des taillis nouvellement coupés, dans les terrains sablonneux, ou parmi les bruyères. Cette plante, que tous les botanistes considèrent comme vivace, est seulement bisannuelle. La première année poussent des feuilles radicales pennatiséquées, à folioles irrégulièrement dentées, du milieu desquelles s'élèvent au printemps suivant une tige garnie de feuilles ternées, à folioles

duit et la lésion et le procédé opératoire à suivre. Cette figure suffit pour l'intelligence de la note du savant professeur de Strasbourg.

(*Note du Rédacteur.*)

étroites à peine dentées, portant bientôt des fleurs également ternées auxquelles succèdent des fruits ; puis, la plante périt.

La racine de valériane est un rhizôme globuleux duquel partent un nombre assez considérable de fibres blanchâtres environnées de fibriles grêles. Cette racine est stolonifère, ce qui, joint à son odeur spéciale, constitue un excellent caractère pour la distinguer de celle de la scabieuse succise avec laquelle on la mélange quelquefois. Dès la première année, à l'automne, et surtout la deuxième année au printemps poussent des rejetons qui, comme la plante mère, accomplissent leur évolution en deux années. Ils en diffèrent, toutefois, en ce que leur tige ne porte que des feuilles opposées. Après la fructification, la racine, déjà amoindrie, se désorganise, pourrit et disparaît vers la fin de l'automne.

La valériane officinale est donc un véritable type des plantes bisannuelles.

Une autre variété, confondue dans le commerce avec la précédente, se trouve en assez grande abondance aux environs de Paris : c'est la valériane palustre, *valeriana elatior uliginosa* (*valeriana officinalis*, L., var., B.). On la rencontre dans les prairies découvertes, humides, marécageuses. Elle diffère de la variété sylvestre par ses feuilles beaucoup plus grandes, à folioles dentées en scie, opposées de même que les fleurs, et par la proportion une et même deux fois moins considérable des principes actifs qu'elle contient. Elle est également bisannuelle, et sa racine stolonifère.

(C'est par erreur qu'on indique, qu'on substitue ou mélange à la racine de valériane sylvestre la racine de la valériane aquatique, *valeriana dioïca*, L.; car la racine de cette petite plante, d'ailleurs assez rare, n'a aucune ressemblance avec la précédente; elle forme un rhizôme horizondal de la grosseur d'une paille, long de 12 centimètres, annelé, émettant aux extrémités des anneaux quelques fibres capillaires; fraîche ou desséchée, elle est presque inodore, et elle ne renferme pas d'acide valérianique.)

La valériane sylvestre mérite donc spécialement le nom d'*officinale*. Sa tige, ses feuilles et ses fleurs ne contiennent aucun des principes propres à la racine, qui est seule employée en médecine. C'est sur cette partie de la plante que portent les observations qui font l'objet de ce travail.

Analyse de la racine de valériane. —Dans deux mémoires présentés, l'un à la Société de pharmacie, en 1856, l'autre à l'Académie des sciences, en 1857, j'ai démontré que l'acide valérianique préexiste dans la racine fraîche de valériane, et qu'il s'y trouve en

plus grande quantité que dans la racine desséchée. Je rappellerai en quelques mots les procédés fort simples qui permettront de vérifier cette double assertion.

1° Il suffit d'écraser sur du papier bleu de tournesol une fibre de la racine fraîche; il se manifeste aussitôt une forte réaction acide.

2° En faisant macérer des racines fraîches dans l'alcool ou dans l'éther, on obtient une teinture qui rougit le papier réactif.

3° La macération des racines fraîches dans une solution alcaline donne un sel d'où l'on extrait l'acide valérianique.

4° La distillation par voie sèche fournit un liquide très-acide.

La quantité d'acide recueillie dans chacune de ces expériences a été d'environ 0,01. Cette proportion est deux fois moindre lorsqu'on opère sur la racine sèche.

La racine de valériane sylvestre répand moins d'odeur à l'état frais que lorsqu'elle a été desséchée. La raison en est que l'acide valérianique et l'huile essentielle qu'elle renferme sont eux-mêmes beaucoup moins odorants lorsqu'ils sont hydratés. Mais, lorsque par la dessiccation elle a perdu les deux tiers environ de son poids, elle exhale cette odeur pénétrante qu'on lui connaît.

Jusqu'à ce jour, l'analyse de la racine de valériane a été faite à l'aide de la chaleur ou de substances chimiques. Pour éviter toutes les chances d'altération pouvant résulter de l'intervention de ces agents, j'ai eu recours à une analyse naturelle par la méthode de déplacement. Les résultats obtenus ont été identiquement les mêmes.

Des racines fraîches de valériane sylvestre sont écrasées et introduites dans l'appareil à déplacement de M. le professeur Guibourt. On les recouvre d'éther, qui chasse peu à peu l'eau de végétation et retient l'huile essentielle ainsi que les acides valérianique et malique. L'eau déplacée gagne la partie inférieure de l'entonnoir, tenant en dissolution la matière extractive et l'albumine. A mesure qu'on la soutire, cette eau est remplacée par de nouvelles quantités d'éther. Dès que l'éther ne déplace plus d'eau, les racines sont soumises à la presse et traitées une dernière fois par l'éther; puis on les lave sur un tamis de crin serré, avec de l'eau distillée que l'on décante après l'avoir laissée déposer pendant vingt-quatre heures. On obtient alors des résultats différents, suivant l'âge de la racine. Lorsqu'elle a été récoltée la première année pendant l'automne, on trouve dans le dépôt une proportion considérable d'amidon; si la récolte a été faite au printemps suivant, il n'en existe plus que des traces; mais, dans ce cas, l'eau décantée renferme une certaine

proportion d'une matière gommeuse que l'on retrouve également dans l'eau déplacée.

Les différentes quantités d'éther qui ont baigné les racines sont réunies et distillées au bain-marie à 30 degrés. Cette distillation produit de l'éther à peu près inodore, et un résidu formé d'une matière oléagineuse, d'une couleur jaune verdâtre, rougissant fortement le papier réactif, et possédant seul toute l'odeur de la valériane. Ce résidu, soumis à une nouvelle distillation avec trente ou quarante fois son poids d'eau distillée, donne une eau très-acide, à la surface de laquelle nage l'huile essentielle, et qui contient l'acide valérianique, que l'on retire par les procédés ordinaires. Le résidu de cette seconde distillation renferme l'acide malique, que l'on obtient par des dissolutions et les cristallisations successives dans l'alcool pur. L'eau de végétation déplacée renferme la matière extractive et l'albumine. Si on y verse de l'éther alcoolisé, l'albumine, coagulée, vient gagner la surface et est enlevée ; on obtient la matière extractive en évaporant à la vapeur jusqu'à consistance voulue.

La racine de valériane présente donc aux diverses époques de son existence des différences marquées dans sa composition. 100 grammes de racines fraîches récoltées en automne donnent environ 37 grammes de racines sèches, tandis que la même quantité récoltée dans les mêmes conditions au printemps suivant, au moment de la floraison, n'en fournit plus que 25 grammes. On reconnaît à l'aide du miscroscope que les cellules qui, dans le premier cas, sont remplies d'amidon, en sont entièrement dépourvues dans le second. Les autres principes ont également subi une diminution proportionnelle.

Le tableau suivant indique comparativement les quantités des principes que renferme la racine fraîche dans les deux saisons :

	Novembre.		Mai.	
	gr.	c.	gr.	c.
Huile essentielle	»	25	»	15
Acide valérianique	1	10	»	75
Acide malique	»	25	»	10
Matière amylacée	7	»	»	»
Matière extractive	7	75	3	»
Matière gommeuse	1	10	3	80
Albumine	»	40	»	»
Chaux	»	15	»	20
Cellulose	22	»	18	»
Eau	60	»	74	»
	100	»	100	»

On remarquera dans ce tableau l'absence de la résine de valériane qui figure dans l'analyse de Tromsdorff. En effet, cette résine, due à l'altération du valérol contenu dans l'huile essentielle, n'existe pas dans la plante fraîche. Elle ne se trouve que dans la racine desséchée, et en quantité d'autant plus abondante que celle-ci est plus ancienne.

Je ne décrirai point ici les différents principes constitutifs de la racine de valériane ; j'indiquerai seulement quelques-uns des points les plus importants de leur histoire.

Huile essentielle. — Les Annales de chimie et de physique (juillet 1859) contiennent un travail sur ce sujet, qui démontre que je suis arrivé à des résultats différents de ceux qu'on professe dans la science. En voici le résumé :

L'huile essentielle de valériane préexiste dans la racine fraîche. Récemment préparée, elle renferme toujours une notable quantité ($0^{gr},05$) d'acide valérianique, qui diminue à mesure qu'elle vieillit.

Lorsqu'on la distille sur de l'hydrate de potasse, il passe peu à peu, jusqu'à 200 degrés, un produit huileux dont l'odeur rappelle celle de l'essence de térébenthine. C'est le principe hydro-carboné de l'essence, que Gerhardt avait appelé à tort *bornéène*, puisqu'il ne fournit jamais de camphre. Je préfère le nom de *valérène*, qui présente l'avantage de ne rien préjuger.

Si l'on continue la distillation, on obtient jusqu'à 280 degrés une huile oxygénée qui est le valérol. Ce dernier contient une notable quantité d'une substance camphrée solide, qui lui donne une forte odeur de foin. Cette substance, que l'on retrouve en plus grande abondance attachée au col de la cornue, est le stéaroptène de valériane.

L'acide valérianique s'est combiné à la potasse pour former le valérianate de potasse.

Ainsi obtenu, le valérol est parfaitement neutre. Le contact prolongé de l'air le résinifie, mais n'y développe aucun acide, contrairement à l'assertion de Gerhardt. L'erreur du célèbre chimiste vient de ce qu'il obtenait son valérol par la distillation de l'essence de valériane à l'aide de la seule chaleur. Or, dans ce cas, l'acide normalement contenu dans l'huile ($0^{gr},05$) se manifeste jusque dans les derniers produits secondaires; dès lors, ce qu'il appelait valérol neutre rectifié était nécessairement acide.

Les autres agents oxydants, le bioxyde de manganèse et le bichromate de potasse, entre autres, n'ont pas plus d'influence à cet égard.

L'essence de valériane a donc la composition suivante :

Acide valérianique			5
Valérène			25
Valérol.	Stéaroptène de valériane	18	70
	Résine	47	
	Eau	5	
			100

Acide valérianique. — Le point d'ébullition de cet acide varie avec son degré d'hydratation. Tandis que sa dissolution concentrée bout à 110 degrés, il bout à 130 degrés quand il est trihydraté, et à 175 degrés lorsqu'il ne contient plus qu'un équivalent d'eau. Brûlé sur une lame de platine, il ne répand pas de fuliginosités.

Matière extractive. — Très-soluble dans l'eau, insoluble dans l'alcool à 40 degrés et dans l'éther, cette matière est incolore dans la racine ; on la voit cependant colorer peu à peu l'eau déplacée dans l'appareil. Cette coloration se prononce davantage sous l'influence de l'air ou de la chaleur.

Matière amylacée. — Elle est blanche. La teinture d'iode la colore en bleu, comme l'amidon ordinaire, dont elle se distingue en ce qu'elle n'est qu'en partie soluble dans les acides minéraux.

Valérianate d'ammoniaque de Pierlot. — Qu'il me soit permis, pour terminer cette note, de jeter un rapide coup d'œil sur la divergence des opinions qu'on a professées sur la valériane, d'indiquer les causes de cette divergence, et de dire pourquoi les efforts que j'ai faits pour introduire dans la thérapeutique la préparation nommée *valérianate d'ammoniaque de Pierlot* ont été couronnés d'un rapide succès.

La valériane, dit Mead, est une des plantes les plus puissantes de la médecine, et il y en a peu parmi nos indigènes qui l'égalent en propriétés. Carminati affirme qu'elle a une action vivifiante, qu'elle accélère la circulation et stimule toutes les autres fonctions. Tissot et Panaroli pensent tous deux que l'épilepsie est incurable lorsqu'elle a pu résister à la valériane. Fordyce et Guibert la regardent comme souveraine dans la migraine et dans les convulsions des enfants. A ces noms, je crois inutile d'en ajouter beaucoup d'autres que me fourniraient facilement les annales de la science.

Malgré ces témoignages de médecins éminents, il n'en est pas moins vrai que les praticiens de nos jours en étaient arrivés à une incrédulité presque absolue à l'égard des vertus de la valériane, qu'ils ne la prescrivaient dans aucun cas sérieux, et ne l'employaient plus que, par une sorte d'habitude, contre les symptômes les moins importants de l'hystérie et de l'hypocondrie.

Les études que j'ai faites sur cette plante et dont les résultats se trouvent consignés tant dans la note actuelle que dans des notes antérieures présentées à l'Académie des sciences, à celle de médecine et à la Société de pharmacie, donnent le secret de ces différences d'action. J'ai démontré, en effet, par mes analyses, que la composition organique de la valériane dépend de trois éléments importants : l'âge de la racine, sa station, sa dessiccation. Trop jeune, la racine de valériane ne fournit presque pas de matière extractive ; trop âgée, elle éprouve une déperdition considérable de tous ses principes. Récoltée dans les marais (variété palustre), elle ne renferme presque pas d'acide valérianique ni d'essence ; d'un autre côté, la dessiccation enlève les deux tiers de l'acide, dissipe le valérène et résinifie le valérol.

Haller et Cullen, sans descendre dans l'analyse, avaient déjà observé ces différences. Le premier dit que la valériane a beaucoup moins de vertus lorsqu'elle croît dans des terrains bas, humides, que lorsqu'elle vient sur les hauteurs ; il recommande de la dessécher rapidement et de la renouveler chaque année ; il ajoute que, sans ces précautions, elle produit des résultats thérapeutiques faibles ou nuls. Cullen dit que cette racine est presque toujours détériorée dans les officines; d'où il résulte que, quand un médecin la prescrivait, il pouvait compter sur son inefficacité.

En cet état de choses, que fallait-il faire ? Devions-nous abandonner complétement une plante que la nature fait naître avec abondance dans nos bois, pour lui substituer quelque drogue coûteuse venue des grandes Indes ? Je ne l'ai pas pensé; au contraire, j'ai voulu offrir au corps médical un remède puissant, stable et représentant, sous un petit volume, toutes les propriétés de la valériane. Pour parvenir à ce but, voici les considérations qui m'ont dirigé : l'acide valérianique, étant le produit le plus efficace de la valériane, a été pris pour base de mon médicament; l'union de cet acide avec l'ammoniaque, qui a des propriétés analogues, a donné à ma préparation cette stabilité chimique indispensable à tous les médicaments officinaux. Le valérianate a été ainsi obtenu, additionné des autres principes de la plante, sous la forme d'extrait de valériane ; et cet extrait est préparé selon une méthode nouvelle, que la Société de pharmacie a bien voulu considérer tout récemment comme un notable progrès. Ainsi s'est trouvé réalisé le but que je m'étais proposé : de fournir à la pratique médicale un moyen commode et sûr d'administrer les principes actifs de la valériane à haute dose, et dans des proportions constantes et déterminées.

C'est avec le médicament ainsi préparé qu'ont été faites de nombreuses expériences par d'éminents praticiens de Paris. Les résultats de ces expériences ont confirmé les éloges qui avaient été décernés à la valériane par les anciens observateurs; et si le public médical continue d'accorder à cette plante, administrée sous l'unique forme que j'ai adoptée, la bienveillante faveur avec laquelle il l'a d'abord accueillie, je ne doute pas qu'elle ne reprenne rapidement le rang élevé qui lui avait été jadis assigné dans la thérapeutique.

De la créosote solidifiée et de son emploi en chirurgie.

Par M. Stanislas Martin.

La créosote est un remède populaire très-employé contre les douleurs produites par la carie des dents; mais, comme la fluidité de ce produit est très-grande, son emploi occasionne souvent, dans la bouche des personnes qui en font usage, des accidents graves qu'on pourrait éviter en le solidifiant de la manière suivante :

Pr.	Créosote..........................	15 grammes.
	Collodion..........................	10 grammes.

Mêlez.

La créosote collodionnée a la consistance d'une gelée, on l'emploie de la même manière que si elle n'était point additionnée; elle a de plus que le médicament simple l'avantage de faire vernis, de boucher les orifices qui se trouvent dans les dents cariées, et d'empêcher l'air atmosphérique de pénétrer jusqu'au nerf dentaire.

On sait que la créosote coagule l'albumine; c'est peut-être à cette propriété qu'est due son action astringente et hémostatique. Nous pensons que la nouvelle forme que nous donnons à ce médicament permettra aux chirurgiens de s'en servir toutes les fois qu'ils auront besoin d'un agent *stimulant* combiné à une substance *isolante.*

Pommade de toilette contre la chute des cheveux.

Par M. le docteur Dauvergne, médecin de l'hôpital de Manosque (Basses-Alpes).

L'expérience la plus reculée atteste les bons effets des résineux et des balsamiques dans les maladies des cheveux et du cuir chevelu, et les recherches qu'il y a trente ans nous avons faites dans le service du baron Alibert, à l'hôpital Saint-Louis, avec nos condisciples Girou de Buzareingnes et Duchesne-Duparc, ont confirmé,

en le rationalisant, l'empirisme des siècles passés. Depuis, les belles observations de MM. Gublert et Bazin sur les parasites qui attaquaient les cheveux n'ont que mieux corroboré encore cette vieille expérience, en prouvant que ces substances attaquaient également la végétation microscopique qui se produisait dans les bulbes et sur les racines capillaires.

Il y a longtemps, en conséquence, que, frappé de ces faits et souvent consulté par des dames qui perdaient leur chevelure, j'ai dû leur conseiller la pommade de goudron, sous l'influence de laquelle j'ai vu tant de cheveux étiolés, détruits par les progrès de dartres furfuracées (pityriasis), de porrigos squammeux ou granulés, de favus tonsurants ou scutiformes, reprendre leur force et leur vigueur. Mais l'obstacle que je rencontrais toujours était l'odeur désagréable et pénétrante du goudron; de sorte qu'après quelques jours de son usage, mes clientes refusaient ce moyen. Je pensai alors, par l'intermédiaire d'un ami, M. Siméon, à cette époque pharmacien à Paris, de confier ma pommade à un habile parfumeur qui se chargerait d'en masquer l'odeur. Or, cet artiste enleva si bien cette odeur, sans vouloir dire par quel moyen, que j'ai dû soupçonner qu'il avait enlevé le goudron lui-même.

Persuadé toujours davantage de l'utilité d'une pommade de cette espèce, à la place de celles que le commerce proclame avec tant d'audace, même à l'encontre de Dupuytren, dont on a tant exploité le beau nom, et dont les avantages ne sont nullement prouvés, nullement rationnels, puisque le seul principe actif qu'elle renferme, la teinture de cantharides, ne saurait s'adresser utilement ni aux maladies du cuir chevelu ni à celles des bulbes et des cheveux eux-mêmes, je me suis mis de nouveau à chercher le moyen de concilier l'utile avec l'agréable; et, comme je pense y être à peu près arrivé depuis quelque temps, j'ai cru devoir publier ma formule, dans l'espoir d'être utile à la fois à la société et à la médecine. Voici cette formule, à laquelle je me suis définitivement arrêté :

Pr.	Axonge	30 grammes.
	Goudron de Norvége	3 grammes.
	Beurre de muscade	2 grammes.
	Benjoin	2 grammes.
	Baume de Fioraventi	3 grammes.
	Baume du Commandeur	3 grammes.
	Musc	5 centigrammes.
	Essence de patchouli	50 centigrammes.

Faites préalablement dissoudre par trituration le benjoin pulvérisé dans une petite quantité d'alcool; mettez-le ensuite dans les

baumes ; puis incorporez le tout à la pommade de goudron, faite d'avance au bain-marie pour être certain de son homogénéité.

Il reste bien un peu d'odeur de goudron, lorsqu'on sent la pommade en masse ; mais employée, le parfum du patchouli musqué prédomine.

Pour obtenir de bons effets de cette pommade, il importe surtout de la bien employer, c'est-à-dire de l'insinuer par frictions sur le cuir chevelu même, sans se borner à l'appliquer sur les cheveux pour les lisser. Enfin, tous les huit jours environ, il importe de nettoyer la tête et d'enlever la pommade ancienne et accumulée, comme on devrait d'ailleurs le faire pour toute espèce de topiques. On y parvient facilement en lavant la tête et les cheveux avec une solution alcaline tiède : 5 grammes de sous-carbonate de soude par verre d'eau suffisent habituellement pour atteindre ce résultat.

CORRESPONDANCE MÉDICALE.

De l'emploi du chloroforme dans le traitement des calculs biliaires ; et de l'action dissolvante de l'agent anésthésique sur ces calculs. — Réclamation de priorité.

Le hasard des circonstances nous amène quelquefois à des essais thérapeutiques que l'expérience clinique vient plus tard sanctionner. Cela serait-il arrivé quant à l'application que j'ai faite de l'emploi du chloroforme au traitement des calculs biliaires ? Je n'ose encore que poser la question.

Lorsqu'on a à parer aux accidents que provoque l'existence des calculs biliaires, une indication qui se présente tout d'abord est de calmer les douleurs vives qui surviennent souvent au milieu des traitements les mieux institués. Appelé, il y a quelques années, à parer à une crise éprouvée par une de mes malades qui prenait le remède de Durande, je fus conduit par l'intensité des douleurs à essayer les effets du chloroforme, dont je portais alors sur moi un flacon. Les bons résultats que j'obtins de ce médicament m'engagèrent à étudier l'action dissolvante du chloroforme, et de la comparer avec celle des autres agents employés dans le traitement des calculs biliaires : l'éther, l'huile essentielle de térébenthine, le remède de Durande, etc. J'ai consigné les résultats que j'avais obtenus dans un mémoire adressé à la Société de médecine pratique de Paris, et quoique ce travail ait paru dans la Gazette des hôpitaux (19 juin 1856),

ni M. Bouchut ni M. Gobley n'ont fait aucune mention de mes recherches dans les articles sur le même sujet insérés dans le *Bulletin de Thérapeutique* (numéros des 30 juillet et 20 octobre).

Voici le tableau que j'ai publié à la suite de mon observation d'affection calculeuse des voies biliaires :

	Densité relative des calculs.		Durée de la solution et résultat.
Chloroforme.	—	1 h. 1/4,	résidu pulvérulent blanc jaune.
Ether.	+	2 1/2,	Id.
Térébenthine.	+	9	Id.
Médecine Durande.	+	5	Id.
Solution alcaline.	— insoluble à froid ou à chaud, que la solution de bicarbonate de soude soit pure ou aiguisée d'acide chlorhydrique.		

« Si donc les calculs biliaires *pouvaient être* dissous dans la vésicule, le chloroforme serait, d'après mes recherches, le meilleur remède à employer. Je l'ai employé une seule fois avec succès ; mais il n'a triomphé que de l'élément *douleur*.

« Pour moi, je crois à la propriété dissolvante de la médecine de Durande *dans mon éprouvette;* mais je doute fort que cette action soit aussi sûre dans le corps humain. S'il faut cinq heures dans le premier cas pour que l'éther dissolve le calcul, combien faudrait-il de temps dans le second ? Le corps serait infesté, et la dissolution se ferait encore attendre »

Ce ne serait donc que comme antispasmodique que l'éther et le chloroforme auraient réussi.

Ce n'est point par un sentiment d'amour-propre mal placé que je réclame la priorité dans l'application thérapeutique du chloroforme pour le traitement des calculs biliaires, mais c'est afin qu'on rende à chacun ce qui lui est dû. A. Corlieu, D. M.
à Charly (Aisne).

Accouchements rendus impossibles par la rigidité du col utérin. — Bons effets de l'incision de cette partie.

Dans le numéro du 15 juin 1859 du *Bulletin de Thérapeutique*, vous avez rapporté l'observation d'une femme accouchée à l'hôpital des cliniques de la Faculté, par M. le professeur P. Dubois, au moyen de l'incision du col utérin. Je vous adresse les deux observations ci-dessous, quoiqu'elles n'offrent rien de bien remarquable ; cependant, vous les insérerez dans votre estimable journal si vous les croyez dignes de l'intérêt de vos lecteurs. Ce n'est qu'en multipliant les cas difficiles que les praticiens se familiarisent avec les différents procédés.

Les préceptes qu'enseigne M. Paul Dubois, pour l'introduction du bistouri boutonné sont excellents, et les praticiens qui n'ont pas l'habitude de cet instrument feront très-bien de les suivre exactement. Pour moi, depuis longtemps, j'introduis ce bistouri sur mon doigt indicateur gauche, la lame de l'instrument sur le plat, et, lorsqu'il est introduit, je retourne la lame du côté du tranchant et j'incise le col, dans l'étendue de 1 à 2 centimètres.

Obs. I. Femme Boutin, de Cunault, près Gènes, vingt ans, primipare, est au terme de sa grossesse. Le 20 mars 1856, elle appelle près d'elle M. Durosel, médecin à Gènes, qui reconnaît une rigidité du col utérin; le 21, une saignée du bras est pratiquée sans bénéfice pour la patiente; on introduit de l'extrait de belladone sans avantage; les eaux sont écoulées de la veille, M. Durosel me fait appeler le 22, trente-six heures après les premières douleurs. J'introduisis avec beaucoup de peines et de douleurs mon doigt indicateur; le col n'était pas dilaté de plus d'une pièce de 1 franc; il se contractait énergiquement sur mon doigt, et le pressait violemment. Ces contractions utérines étaient très-fortes, presque continues depuis vingt-quatre heures, et la dilatation ne se faisait pas.

Je proposai à mon confrère l'incision du col utérin, que je fis immédiatement au moyen du bistouri boutonné introduit à l'aide de mon doigt indicateur gauche; je fis sur le côté gauche une incision de quelques centimètres, la contraction spasmodique du col cessa, et je terminai facilement l'accouchement par l'application du forceps. L'enfant était en première position céphalique, du sexe masculin.

La femme Boutin n'a éprouvé aucun accident, et s'est rétablie promptement.

Obs. II. Fille Méchin, de Saumur, dix-huit ans, primipare, est au terme de sa grossesse : elle a ressenti les premières douleurs le 9 juin 1859, de midi à une heure. Une sage-femme est appelée près d'elle et trouve que la dilatation se fait lentement; le lendemain, 10, le col est dilaté comme une pièce de deux francs, et dur, résistant, inextensible. La sage-femme appelle un officier de santé de Saumur; une saignée du bras est pratiquée; on introduit à plusieurs reprises l'extrait de belladone, sans produire aucune amélioration; les eaux sont écoulées depuis trente-six heures. On attend jusqu'au 12 juin, et, vers trois heures de l'après-midi, c'est-à-dire après soixante-quinze heures de travail, on se décide à faire entrer la fille Méchin à la salle de la Maternité de l'Hôtel-Dieu. En mon absence, on fait mander M. le docteur Bossard, qui reconnaît la rigidité du col; je fus appelé, et le toucher me fit reconnaître un thrombus considérable des téguments de la tête de l'enfant, qui était en première position céphalique.

Les douleurs existant depuis plus de soixante-quinze heures, sans que l'état du col se fût amélioré, je proposai à mon confrère l'incision des parties latérales du col; elle fut acceptée. Je commençai

par le côté gauche; les contractions utérines ne survenant pas, et le col ne se dilatant pas davantage, je pratiquai une autre incision sur le côté droit, d'un centimètre de profondeur environ, à l'aide du bistouri boutonné, introduit sur mon doigt indicateur. Après cela, le col se dilata promptement, je pus facilement appliquer le forceps, et j'amenai une fille bien portante.

Le lendemain, 13, la fille Méchin éprouva une céphalalgie très-intense, fièvre forte, pouls à 150 : aucunes douleurs, même à la pression dans la région hypogastrique; saignée du bras, 500 grammes, diète absolue. Le lendemain, 14, douleurs vives en pressant au-dessus du pubis, fièvre très-forte, 25 sangsues *loco dolenti*, cataplasmes, diète. Le 15, les douleurs hypogastriques n'existent plus, fièvre moins forte, cataplasmes, diète; le 16, le mieux continue; le 17, convalescence, un peu de nourriture, qui est augmentée les jours suivants, et la fille Méchin se guérit assez promptement.

La métro-péritonite, qui a déterminé la réaction fébrile, ne doit pas être attribuée aux incisions du col utérin, ni à l'application du forceps, mais bien à des manœuvres imprudentes qui auront été faites par l'officier de santé et la sage-femme, pendant les soixante-quinze heures qu'ils sont restés près de cette malade.

Dans la première observation, aucune manœuvre n'avait été faite par le médecin de Gènes ; aussi la femme Boutin a été promptement rétablie.

Dans le numéro de mars 1861, MM. les docteurs Pajot et Guyoux disent que, quand les membranes ne se sont pas rompues, il faut les rompre; c'est ce que conseille M. le professeur Paul Dubois, et, peu de temps après, l'accouchement se fait promptement. MM. Pajot et Guyoux citent deux observations.

D'après les deux observations relatées ci-dessus, les eaux étaient écoulées depuis plus de trente-six heures chez la fille Méchin quand on se décida à la faire entrer à l'Hôtel-Dieu. On voit aussi que les contractions utérines, quoique continuant énergiquement chez la femme Boutin, n'avancèrent point ce travail ; les eaux étaient écoulées de la veille; le col de l'utérus ne put se dilater, et, aussitôt après les incisions, la dilatation se fit, et l'accouchement put être terminé promptement par l'introduction du forceps.

Dr Bouchard,
Médecin de l'Hôtel-Dieu de Saumur.

BIBLIOGRAPHIE.

Leçons théoriques et cliniques sur la scrofule, considérée en elle-même et dans ses rapports avec la syphilis, la dartre et l'arthritis, par M. le docteur Ev. Bazin, médecin de l'hôpital Saint-Louis, 2e édition, revue, corrigée et augmentée de recherches sur la scrofule viscérale, et de nombreuses observations.

Les idées doctrinales que développe dans ce nouvel ouvrage le laborieux médecin de l'hôpital Saint-Louis, il les a déjà exposées dans diverses publications antérieures, mais d'une manière moins magistrale, si nous pouvons ainsi dire : sa pensée, moins arrêtée, semblait attendre, pour s'exprimer sous la forme moins indécise qu'elle revêt aujourd'hui, que le temps, l'observation, l'eussent mûrie davantage. Aujourd'hui M. Bazin se montre fort explicite sur l'unité pathologique qui constitue la scrofule; si la nature de la maladie lui échappe, si toutes les idées qui ont été émises sur ce point lui paraissent pures rêveries, celle-ci ne lui en paraît pas moins pouvoir être nettement saisie dans son originale individualité, quand on l'étudie dans sa cause, et surtout dans ses régulières manifestations. Telle lui paraît être la netteté des données de l'observateur sur ces deux points de l'histoire nosologique de la scrofule, qu'il ne lui reconnaît en quelque sorte qu'une cause, l'hérédité, et que, quant à son évolution, il la partage en quatre périodes distinctes, qui se caractérisent par un ordre particulier de manifestations. Comme il s'agit bien moins ici de corriger ce qu'il peut y avoir d'excessif dans la conception de cette évolution si régulière, et de cette étiologie exclusive, que d'exprimer d'un trait rapide les idées fondamentales du savant auteur sur une des questions les plus importantes de la pathologie, nous allons indiquer sommairement l'esprit et le plan du nouvel ouvrage du médecin distingué de l'hôpital Saint-Louis.

Les leçons théoriques et cliniques sur la scrofule sont distribuées en quatre parties distinctes : dans la première, à laquelle se rattachent des considérations générales où l'auteur fait une critique souvent judicieuse de la conception erronée suivant laquelle les maladies de la peau sont considérées comme un pur traumatisme anatomique, dans cette première partie, disons-nous, M. Bazin établit ce qu'on doit entendre par maladies constitutionnelles. Distinguant avec raison les maladies de la lésion qui, dans la scrofule, aussi bien que dans une foule d'autres états morbides,

n'en est en quelque manière qu'une fraction, l'auteur s'inspire des données les plus judicieuses et les moins contestables de la pathologie générale, pour répandre sur le sujet bien délimité qu'il traite les plus vives lumières. On remarque là partout les traces d'un esprit libre, indépendant, qui peut se tromper sur quelques points, mais qui s'efforce au moins de sortir de l'ornière du servilisme doctrinal, pour tâcher de trouver de nouvelles voies. Nous n'oserions affirmer que M. Bazin, en se séparant si nettement de la science d'hier encore, soit, plus que d'autres, arrivé à la terre promise; mais ce que nous croyons pouvoir affirmer, c'est que c'est là la voie qui tôt ou tard doit y conduire. Il y a assez longtemps que la science se livre au travail de Pénélope, dans l'impasse de l'anatomie pathologique : elle a besoin d'air et de lumière ; il n'y a que les travaux comme ceux de M. Bazin qui puissent lui donner l'un et l'autre. Après avoir étudié à ce point de vue élevé, non-seulement la scrofule, mais encore la syphilis, la dartre et l'arthritis dans leurs rapports avec la première, le sagace médecin de l'hôpital Saint-Louis aborde de plus près la maladie dont il traite spécialement ici, la scrofule. Dans cette seconde partie, l'auteur établit l'unité, et par cela même la spécificité de la maladie scrofuleuse : il montre que la diathèse scrofuleuse se traduit par diverses manifestations qui peuvent masquer, et qui ont masqué souvent, aux yeux d'esprits prévenus, son identité, mais sous lesquelles on peut, avec quelque attention, et en suivant rigoureusement son évolution successive, la retrouver. C'est là que M. Bazin s'efforce de prouver que la scrofule, dans son évolution, au sein de l'organisme qui a été impressionné dans ce sens pathologique au moment même de sa formation primitive, est soumise à quatre périodes, ou quatre âges dans lesquels elle se produit sous des manifestations diverses. C'est dans la troisième partie de son livre que notre laborieux confrère s'efforce de démontrer que la clinique, judicieusement interrogée, justifie cette classification quelque peu artificielle des affections scrofuleuses topiques, pour parler le langage de l'auteur. Dans la première et dans la seconde période M. Bazin place la scrofule tégumentaire et ganglionnaire : les premières constituent ce qu'il appelle les scrofulides du tégument externe ou interne, scrofulides érythémateuses, boutonneuses, exsudatives, diverses formes de lupus, les scrofulides catarrhales, les écrouelles. Viennent ensuite les affections de la troisième et de la quatrième période, dont les principales sont les tumeurs blanches, l'ostéite scrofuleuse, et enfin la scrofule parenchymateuse ou viscérale. L'ouvrage se termine par l'exposé de nombreuses observa-

tions, qui ont pour but de mettre les faits en regard des idées doctrinales, sinon toujours inattaquables, du moins souvent originales, que nous venons d'esquisser.

Dans la pensée de M. Bazin, aborder l'étude, et surtout le traitement des maladies de la peau, sans la notion philosophique qui vous enseigne si derrière ce traumatisme il n'y a pas un état général, comme la scrofule, la syphilis, l'arthritis, l'herpétisme, ou le parasitisme qui le commande, c'est s'engager inévitablement dans une voie qui ne conduit que par accident à la vérité. Le médecin de l'hôpital Saint-Louis, plein d'une conviction qui donne souvent du mouvement et du relief à son style, a, dans maints endroits de son livre, indiqué à quelles conditions, en ces questions que pose tous les jours la pratique, le diagnostic peut prétendre à quelque rectitude; mais il ne l'a fait nulle part d'une manière plus saisissante que dans le passage suivant, qu'on me permettra de citer textuellement. «Eh bien ! dit-il, je le répète, votre diagnostic n'est complet que quand vous êtes arrivé à la connaissance de ces trois choses : l'élément anatomique primitif, l'affection, la nature de l'affection. Dire, avec les médecins étrangers à la connaissance des maladies de la peau, affection vésiculeuse ou affection squammeuse, c'est faire un pas seulement dans le diagnostic : dire, avec les dermatographes modernes, eczéma ou lichen, c'est avancer un peu plus dans le diagnostic; mais c'est rester toujours dans l'affection générique, dans le fait général, dans l'abstraction, et par conséquent en dehors du malade et de la maladie : dire avec nous, eczéma scrofuleux, lichen arthritique ou parasitaire, c'est spécifier la maladie, donner une idée de la constitution du malade, des accidents qui ont pu précéder ou qui pourront suivre, et permettre au praticien d'asseoir les bases d'un traitement rationnel et efficace; et, je ne crains pas de le dire, cette dernière notion est la plus essentielle des trois. Que vous importe, en effet, qu'une affection myco-dermique soit vésiculeuse, papuleuse ou tuberculeuse, que ce soit un herpès ou un lichen? Votre malade est, dans tous les cas, sûr de guérir par l'épilation et les parasiticides, dès que vous êtes certain d'avoir affaire à une affection parasitaire. Ne pensez-vous pas avec moi qu'il est bien plus utile de savoir qu'on a à combattre une affection cutanée, de nature syphilitique ou scrofuleuse, que de connaître si cette affection a débuté par une papule ou par une pustule?» M. Bazin sait parfaitement qu'il n'est pas le premier qui ait ainsi cherché à lire derrière le traumatisme pour saisir la vie pathologique dans ce qu'elle a de saisissable à l'esprit; et en ceci il rend justice à plus d'un de ses de-

vanciers, et, parmi les contemporains qui ont marché dans la même voie, à M. Devergie. Cette modestie ne nous empêchera pas de rendre hommage aux efforts de l'ingénieux pathologiste, et nous ne balançons pas à proclamer ici que nul plus que le laborieux médecin de l'hôpital Saint-Louis n'a marché d'un pas ferme dans une voie au bout de laquelle il y a certainement d'importantes notions à recueillir.

Il ne nous reste plus de place pour parler comme nous le voudrions de la thérapeutique, qui concorde, dans le livre dont nous venons d'indiquer le bon esprit, avec les données théoriques qu'il développe. Qu'on nous permette, en finissant, de marquer ici la place importante que l'auteur accorde dans cette thérapeutique à l'huile de cade, à l'huile de foie de morue, et à la ciguë employée à l'intérieur comme à l'extérieur. L'affirmation du sagace médecin de Saint-Louis est formelle surtout à l'égard de cette dernière, et vaut la peine d'être rappelée. Nous avons dit déjà qu'il y avait dans la manière de faire et de dogmatiser de M. Bazin une grande indépendance: celle-ci se produit sous différentes formes, mais elle ne paraît nulle part mieux que quand l'auteur croit avoir à revenir sur des erreurs auxquelles il a pu, à une époque quelconque de sa vie scientifique, donner son assentiment. Sur ces points, il fait volte-face avec une aisance parfaite; il a bien raison : qui donc n'a pas varié ? Qu'est-ce que le progrès de l'esprit, sinon l'histoire de nos variations? Pour moi, je donnerais tous mes bibelots pour une réponse catégorique à trois ou quatre questions que je sais, mais que je ne dirai pas.

BULLETIN DES HOPITAUX.

Application de l'ostéoplastie a la restauration du nez; transplantation du périoste frontal. — La nouvelle communication que notre savant collaborateur M. Ollier vient de faire à l'Académie des sciences est tout à fait à sa place dans cette section du journal destinée aux résultats des innovations cliniques. Aussi la reproduisons-nous intégralement.

En 1858, nous invoquions nos expériences sur la transplantation du périoste pour établir les bases rationnelles de l'ostéoplastie. Nous disions que dorénavant, en taillant des lambeaux doublés de périoste, on ferait développer des os nouveaux, et qu'on réparerait le

squelette lui-même. Peu de temps après, nos expériences sur les greffes osseuses nous faisaient proposer, pour arriver au même but final, la dissection et la mobilisation de diverses portions osseuses, afin de soutenir les lambeaux cutanés et de rétablir d'une manière permanente la forme des parties altérées.

La rhinoplastie surtout nous paraissait avoir de précieux auxiliaires dans ces deux modes de la restauration des os : l'*ostéoplastie périostique* (ostéoplastie indirecte), qui doit fournir du tissu osseux par la transplantation du périoste, et l'*ostéoplastie proprement dite ou osseuse* (ostéoplastie directe), par laquelle on refait une charpente osseuse en transplantant du tissu osseux déjà formé.

La restauration de la totalité du nez, condamnée aujourd'hui par un grand nombre de chirurgiens, à cause de la déformation consécutive des nez refaits avec les parties molles seulement, nous paraissait redevenir une opération incontestablement utile et propre à fournir des résultats durables. Les nez refaits avec la peau du front ou des joues, quand ils ne sont pas soutenus par des restes suffisants de l'ancien squelette, sont, en effet, condamnés à se rétracter, à diminuer de plus en plus, et à devenir presque aussi repoussants à l'œil que la difformité qu'on voulait réparer. Il leur manque une charpente solide, et cette charpente ne peut leur être fournie par les procédés de l'autoplastie cutanée.

Ayant eu récemment à refaire un nez, nous avons combiné l'ostéoplastie périostique avec l'ostéoplastie osseuse.

Obs. — Il s'agit d'un jeune homme de dix-sept ans, scrofuleux, ayant perdu, par suite de syphilis congénitale, la presque totalité de la charpente du nez : le vomer, le cartilage de la cloison, les cornets, une partie des os propres, la gauche surtout. Les parties molles, labourées en tous sens par des cicatrices, suite d'ulcérations anciennes, étaient affaissées et disparaissaient en grande partie dans une excavation qui remplaçait la saillie normale du nez. La sous-cloison et les narines étaient heureusement conservées; mais ces dernières étaient rétrécies, et, au lieu d'être horizontales, elles regardaient en haut.

Pour réparer cette difformité, nous avons d'abord songé à relever ce qui était enfoncé; mais, comme la peau était rétractée sur elle-même, sillonnée par des cicatrices dures et inextensibles, et par conséquent insuffisante pour reformer la saillie du nez, nous avons emprunté ce qui nous était nécessaire au front et aux joues. Quant à la charpente qui devait le soutenir, elle nous a été fournie par un lambeau osseux comprenant ce qui restait de l'os propre du nez à droite et une portion de l'apophyse montante du maxillaire supérieur du même côté. Nous avons, d'autre part, disséqué la portion frontale du lambeau cutané jusqu'au périoste inclusivement, c'est-

à-dire en comprenant cette membrane dans le lambeau, afin que du tissu osseux se développât plus tard en ce point, et renforçât la charpente du nouvel organe.

La peau qui nous a servi à le modeler formait un lambeau triangulaire unique, ayant son sommet au milieu du front et sa base au niveau de l'attache des narines. Ce lambeau a été abaissé sans renversement ni torsion; sa portion médiane a été repliée sur elle-même dans le sens vertical, pour former le dos du nez. Sa base adhérente était nourrie par trois points : au milieu par la sous-cloison qui avait été conservée, et de chaque côté par un large pédicule formé en partie par les ailes de l'ancien nez. Le lambeau osseux dont nous avons parlé a été détaché, mais son extrémité inférieure ou sa base est restée adhérente au reste du squelette par le périoste en dehors, et par le périoste doublé de la muqueuse nasale en dedans. Nous l'avons infléchi en bas et en avant, de manière qu'il formât la pointe du nez. Il a été fixé dans le sillon vertical formé par l'adossement des parties latérales du lambeau cutané. Ces connexions ont parfaitement suffi à sa nutrition ; il a contracté des adhérences et s'est greffé dans sa nouvelle situation. Nous aurions voulu en faire autant de l'autre côté, de manière à avoir deux arcs-boutants se fournissant un mutuel appui, mais la destruction plus avancée de l'os propre du nez à gauche ne nous l'a pas permis. Quant au périoste qui doublait la peau du lambeau emprunté au front, il ne s'est pas ossifié immédiatement; mais, deux mois et demi après l'opération, au moment où le malade a voulu sortir de l'hôpital, il se durcissait de jour en jour, et offrait déjà une résistance qui ne pouvait être produite que par un plan osseux ou ostéo-fibreux. A cette époque, le lambeau osseux constituait une charpente solide ; il ne cédait pas à la pression ; il avait subi un très-léger affaissement vers la quatrième semaine, mais il s'était depuis lors intimement soudé sur la partie correspondante du maxillaire, et par cela même opposé à toute déformation. Le nez dépasse de 14 millimètres son point d'attache à la lèvre supérieure ; les narines sont devenues horizontales ; elles sont largement ouvertes, et, au lieu d'une excavation de la région nasale, on a une saillie dont les photographies et les moules que nous avons l'honneur de présenter permettront d'apprécier exactement les proportions.

Les suites de l'opération avaient été très-simples ; un moment nous eûmes crainte de l'érysipèle ; mais heureusement la réunion des lambeaux cutanés et osseux n'eut pas à souffrir de cette complication. La plaie du front fut réunie par première intention.

Cette observation nous paraît avoir un triple intérêt, en ce qu'elle prouve qu'on peut tailler et faire adhérer des lambeaux osseux comme des lambeaux cutanés, et dénuder les os du crâne de leur périoste sans amener la nécrose. Quant à la production de l'os au niveau du lambeau frontal, on ne peut en préciser le degré ; mais elle paraît en bonne voie, à en juger par la résistance du nez à ce niveau. La réalité de cette production osseuse a, du reste, été dé-

montrée par l'examen microscopique dans le cas où M. Langenbeck, de Berlin, réalisa pour la première fois l'idée que nos expériences nous avaient conduit à proposer. (Gazette hebdomadaire, 5 octobre 1860.)

Au procédé que nous avons employé ici par suite de la déviation en bas et en arrière des os propres du nez, nous préférerions, pour tous les cas où il serait applicable, celui que nous avons proposé ailleurs (Gazette heddomadaire, 27 janvier 1860), et qui consiste à se servir de l'orifice accidentel des fosses nasales pour en former l'ouverture du nouveau nez. On abaisse alors la totalité du rebord ostéo-cutané, quelque élevé qu'il soit, après avoir séparé la partie osseuse par un trait de scie parallèle à l'ouverture ; ce pont formé par trois couches, la peau en dehors, l'os au centre, la muqueuse en dedans, sera nourri par ses parties latérales ; l'arc osseux qu'il renferme fournira un soutien solide aux lambeaux cutanés empruntés au front ou aux joues.

RÉPERTOIRE MÉDICAL.

Abcès rétropharyngien *chez un enfant à la mamelle.* L'observation suivante, communiquée à la société de médecine de Vienne par le docteur Winternitz, mérite d être mise sous les yeux de nos confrères, car ces abcès sont rares à cet âge de la vie.

Obs. Clémentine E***, âgée de cinq mois et demi, neuvième enfant de parents bien portants, fut atteinte de coqueluche à l'âge de trois mois. Cette affection se dissipa au bout de six semaines, sans avoir gravement troublé la santé. On remarqua seulement, depuis ce temps, que la respiration de l'enfant avait un caractère râlant particulier.

Dans la soirée du 13 avril, l'enfant présenta subitement les accidents suivants : face pâle, yeux excavés et cernés, 30 respirations par minute, avec râles nombreux dans le larynx et dans le nez ; région laryngée sensible ; cavité buccale remplie de mucosités visqueuses ; tête renversée en arrière ; tissu cellulaire sous-cutané du cou œdématié ; difficulté extrême de la déglutition, refus de teter ; extrémités froides ; pouls à 130. Cet état dura environ trois quarts d'heure. A la suite de vomituritions produites par une irritation mécanique du pharynx, la gêne de la respiration et de la déglutition se dissipa, l'œdème des parties latérales du cou disparut, et tout rentra dans l'ordre. L'enfant continua cependant, jusqu'au jour de sa mort, c'est-à-dire pendant dix-huit jours, de présenter une respiration râlante et sifflante.

Trois jours après le premier abcès, on en observa un autre semblable, qui se passa de même. Pendant tout ce temps libre, jusqu'au quatorzième jour de la maladie, la déglutition se faisait bien, et les symptômes respiratoires étaient seuls de nature à attirer l'attention.

A partir du quatorzième jour, l'enfant éprouva de la difficulté à teter, et présenta de temps en temps des vomituritions, et on sentit avec le doigt, sur la paroi postérieure du pharynx et à droite, une tumeur élastique, du volume d'une noisette. Deux jours plus tard, cette tumeur était également accessible à la vue, et présentait une fluctuation manifeste. M. Winternitz voulut ouvrir l'abcès, mais les parents s'y refusèrent pendant deux jours, durant lesquels l'embarras de la respiration et de la déglutition s'aggrava de plus en

plus, et à tel point que l'enfant tomba à plusieurs reprises dans le coma. Ayant alors obtenu le consentement des parents, M. Winternitz incisa l'abcès qui donna issue à du pus de bonne nature. A la suite de l'opération, l'enfant parut soulagé, il teta et dormit d'une manière satisfaisante.

Au bout de six heures, les accidents reparurent cependant avec une nouvelle intensité. Une ponction, faite avec un trocart, ne donna que quelques gouttes de pus. Le lendemain, dans la soirée, nouvel accès de suffocation, encore plus violent que les précédents, et pendant lequel l'abcès se rouvrit spontanément, et donna issue à une assez grande quantité de pus sanguinolent. Tous les accidents disparurent presque aussitôt; la respiration devint également moins râlante. Le lendemain, dans la matinée, autre accès suivi, dans la soirée, d'une nouvelle évacuation spontanée, peu abondante d'ailleurs. Le soulagement qui lui succéda ne fut que très-passager, et l'enfant mourut dans la nuit. L'autopsie ne put être faite.

M. Winternitz pense que la terminaison fatale aurait peut-être été prévenue si l'abcès avait été ouvert dès le début, et il mentionne un cas analogue dans lequel la guérison fut obtenue au bout de six semaines, à la suite d'un traitement tout à fait expectatif. Dans ce cas, les accidents avaient été très-semblables à ceux qui sont décrits dans l'observation précédente, à part cependant les évacuations spontanées et répétées du foyer. Il ajoute que le docteur Pollitzer a vu un assez grand nombre de cas analogues, et qu'il a obtenu des résultats satisfaisants, en pratiquant des incisions réitérées. (*Woch. der Ges. der Aerz. in Wien* et *Gaz. hebd.*, décembre.)

Blennorrhagie (*Injection du deuto-chlorure de mercure dans la*). L'emploi des solutions de sublimé dans le traitement de la blennorhagie n'est rien moins que nouveau, et nous avons, pour notre part, publié plusieurs cas à l'appui de leur emploi. Mais ce qui distingue les essais de M. Fantini, ce sont les doses auxquelles il prescrit ce médicament.

L'auteur emploie trois solutions de concentration différente : la première renferme 70 centigrammes de sublimé pour 50 grammes d'eau ; la seconde, 35 centigrammes pour 50 grammes; la troisième, 5 centigrammes pour 25 grammes. Plus des deux tiers des malades ainsi traités avaient des blennorrhagies déjà anciennes, avec ulcérations urétrales, etc., et ils avaient eu vainement recours à l'usage des moyens dits abortifs, tels que le nitrate d'argent et l'acétate de plomb. La première injection est faite avec la solution numéro 1; aussitôt après, les douleurs et l'ardeur en urinant augmentent; le malade éprouve une tension douloureuse qui, s'étend jusqu'aux racines de la verge, l'écoulement est plus abondant; épais d'abord, il devient petit à petit comme laiteux. Les injections suivantes sont beaucoup moins pénibles. Il n'y a jamais eu besoin de plus de neuf injections (n° 1) pour amener la guérison, alors même que les accidents étaient bien évidemment sous la dépendance d'une ulcération profonde. Ce traitement est plus prompt et plus efficace encore au début des blennorrhagies virulentes aiguës.

L'auteur a joint à son travail le tableau synoptique des observations de cinquante et un malades qu'il a traités par cette méthode ; il ressort de l'examen de ce tableau que la durée minimum de l'écoulement a été de sept jours, et le maximum de trente jours. (*Il filiatre Srebezio*, et *Gaz. hebd.*, décembre.)

Cathétérisme (*Des accidents graves observés à la suite du*), *et des autres opérations pratiquées sur l'urètre*. Tous les chirurgiens ont signalé des accidents graves ou même mortels survenus à la suite du cathétérisme, ou après d'autres opérations, souvent de peu d'importance en apparence, pratiquées sur le canal de l'urètre. D'après les auteurs, il semblerait qu'un simple cathétérisme ait pu être la cause de complications rapidement funestes. M. le professeur Sédillot, de Strasbourg, a été conduit, d'après sa propre expérience, à apporter quelques restrictions à cette manière de voir. Ces accidents lui ont toujours paru déterminés par un certain degré de violence dans les manœuvres chirurgicales, entraînant des éraillures ou de légères déchirures des parois du canal, comme l'attestaient une coloration rougeâtre de la sonde, un suintement sanguinolent, ou même quelques gouttes de sang. Il assure n'avoir jamais vu le libre et facile passage d'une bougie, sans douleurs, sans difficultés et sans efforts, amener des manifestations morbides d'un caractère général ou constitutionnel. Voici de quelle manière M. Sédillot se

rend compte des causes et de la nature de ces accidents et comment il croit être parvenu à en prévenir l'apparition et à les combattre fréquemment avec succès, lorsqu'ils sont déclarés :

« A mes yeux, dit M. Sédillot, l'absorption de l'urine normale ou altérée est la seule et véritable origine des complications dont la gravité est en rapport avec la quantité et les propriétés plus ou moins virulentes du liquide.

« Des expériences directes, entreprises sur des animaux, ont montré que l'injection de l'urine dans le sang déterminait la mort immédiatement, si la quantité du liquide était considérable, ou si la qualité en était rendue plus toxique par un commencement de décomposition putride.

« La clinique présente des observations identiques. Dans les tailles périnéales et hypogastriques, dans les urétrotomies externes et internes, à la suite des infiltrations, des abcès urineux et des larges débridements qu'ils nécessitent, on a vu les mêmes degrés de complications se manifester. Tantôt ce sont des infections purulentes et urineuses qui tuent le malade en quelques jours et occasionnent des abcès gangréneux des poumons, avec perforations et épanchement pleurétique.

« Sur plus de cent malades dont j'ai traité les rétrécissements par l'application de mes urétrotomes, j'ai observé les résultats suivants : Lorsque le rétrécissement était unique, simple, peu étendu, valvulaire et fibreux, et que le canal était rendu immédiatement libre, les malades se trouvaient à l'instant guéris, et n'éprouvaient pas d'accidents ou offraient rarement un très-léger accès de fièvre. Si les rétrécissements étaient multiples, épais, avec induration inflammatoire du tissu connectif sous-muqueux, le canal engorgé, naturellement étroit, les accès de fièvre étaient très-violents, duraient plusieurs heures, et se renouvelaient quelquefois pendant deux ou trois jours, quoique en général l'accès fût unique.

« Un officier, atteint antérieurement de fièvre pernicieuse en Afrique, eut du délire, et tomba dans un affaissement des plus inquiétants, dont nous ne réussîmes à le faire sortir que par des excitants énergiques. »

Le rôle attribué par M. Sédillot à l'absorption de l'urine devait naturellement le conduire à l'idée de laisser à demeure une grosse sonde dans le canal en en maintenant l'ouverture libre, pour empêcher le contact et l'absorption de ce liquide. Il a converti ces données de la théorie en pratique, et des malades qui avaient été en proie à un violent accès de fièvre lors de l'incision d'un premier rétrécissement, en furent préservés par la présence de la sonde, à la suite d'une seconde opération. Il a varié ces expériences, et les accès fébriles se sont produits ou ont été prévenus, selon qu'il laissait l'urine venir au contact de la plaie, ou qu'il avait recours à une sonde évacuatrice.

Il est indispensable de choisir une sonde assez volumineuse et d'un diamètre intérieur assez large pour empêcher l'urine de s'échapper, pendant une contraction vésicale, entre les parois du canal et l'instrument. La précaution la plus sûre est de laisser la sonde ouverte pour prévenir toute accumulation d'urine dans la vessie et tout besoin de miction. Au bout d'un ou deux jours, les petites surfaces traumatiques ne sont plus susceptibles d'absorption si l'urètre est redevenu libre, et la sonde peut être retirée.

Le maintien dans la vessie d'une sonde à demeure n'est pas sans doute exempt de quelques inconvénients dans un certain nombre de cas; mais son efficacité comme préservatif immédiat des accidents signalés ne permet pas de s'arrêter à ces inconvénients. (*Compte rendu de l'Acad. des sciences*, novembre 1861.)

Coqueluche (*De l'hémorrhagie par l'oreille dans la*). Rien de plus commun que d'observer le saignement par le nez, par la bouche, ou une ecchymose de la conjonctive pendant les accès de toux de la coqueluche. L'hémorrhagie par les oreilles est un phénomène plus rare.

M. Gibb s'est préoccupé d'en rechercher la cause. Sur deux cents enfants qu'il a soignés de la coqueluche, il a observé cet accident quatre fois. Or, chez ces quatre sujets, âgés de quatre à neuf ans, l'inspection lui a toujours fait constater une rupture de la membrane du tympan. Chez deux, la rupture existait de l'un et de l'autre côté.

Sur ces six ruptures, quatre avoisinaient le bord de la membrane, deux la traversaient par le milieu; dans un cas, il y avait trois lambeaux.

Toutes ces déchirures ont guéri par adhésion, excepté dans un cas, où la lésion de l'une des oreilles donna lieu

à la suppuration et à une surdité permanente.

On comprend sans peine le mécanisme de cet accident, L'air, chassé avec force, par la trompe, dans la caisse tympanique, doit, en effet, rompre de préférence la paroi la moins résistante de cette cavité, c'est-à-dire la membrane du tympan. (*British med. journ.* et *Gaz. méd. de Lyon*, novembre.)

Delirium tremens *accompagnant une fièvre typhoïde. — Traitement du délire par les opiacés et le vin.— Guérison.* M. le docteur Duclos, de Méru (Oise), a eu l'occasion d'observer récemment un lait de fièvre typhoïde accompagnée d'un délire singulier, qu'à raison des circonstances antécédentes que nous ferons connaître, notre confrère a cru pouvoir rapprocher du *delirium tremens* et traiter en conséquence, — ce qu'il a fait avec succès. Le malade présentait, dans ce cas, ce délire caractéristique du *delirium tremens*, dans lequel les dipsomanes, tout en déraisonnant, reconnaissent cependant encore les personnes de leur connaissance; il avait des hallucinations continuelles, une insomnie opiniâtre; par moments, il avait des emportements voisins de la fureur. Une fois il a présenté de l'opisthotonos et de la roideur de tous les muscles postérieurs du tronc. Il offrait, d'ailleurs, des tremblements des membres et les convulsions que les auteurs qui ont écrit sur le *delirium tremens* attribuent à cette maladie. Ce malade a offert encore ceci d'insolite et d'extraordinaire, à savoir : qu'après un écart de régime, au lieu de vomissements et de diarrhée, en un mot de ces troubles digestifs qu'amènent ordinairement les indigestions en pareil cas, on a observé chez lui la réapparition du délire, des hallucinations et des crises de méchanceté allant presque jusqu'à la fureur.

Le jeune homme qui est le sujet de cette observation, avait l'habitude, depuis une année seulement, de boire chaque jour à chaque repas, c'est-à-dire deux fois par jour, un verre de vin pur, pendant l'état de bonne santé, afin de se donner des forces, parce qu'il était à la période de la croissance. Et c'est à l'influence de cette habitude, interrompue pendant le cours de sa fièvre typhoïde, que M. Duclos a cru devoir attribuer la force de ce délire. Ce qui l'a confirmé encore dans l'idée que ce délire, ces hallucinations, cette insomnie opiniâtre, cet opisthotonos, ces emportements musculaires et ces emportements voisins de la fureur, étaient des symptômes de *delirium tremens*, mêlés à ceux de la fièvre typhoïde, c'est que le traitement employé ordinairement dans les cas de délire des ivrognes, c'est-à-dire l'emploi des lavements laudanisés et du vin, ont parfaitement réussi à calmer tous les accidents une première fois, et enfin une seconde fois lorsqu'ils sont revenus à la suite de l'écart de régime dont il vient d'être question.

Ajoutons qu'indépendamment du traitement particulier de ce délire, M. Duclos a eu recours avec avantage, pour combattre l'affection typhoïde, à la méthode mixte et éclectique qui consiste à employer, selon le degré de prédominance des principaux symptômes, les moyens qui leur sont appropriés, tels que les purgatifs, les émollients, les toniques, les révulsifs et même quelques moyens antiphlogistiques. (*Monit. des Sciences*, octobre 1861.)

Grossesse (*Nouveau remède contre les vomissements de la*). D'après les résultats de son expérience personnelle, d'après les succès qu'il a obtenus chez des malades dont les vomissements avaient résisté à tous les moyens usités en pareil cas, M. Canaday regarde la préparation suivante comme le remède le plus efficace contre les nausées et les vomissements des premiers mois de la grossesse : on fait une décoction aqueuse concentrée avec parties égales d'écorces de cornouiller de marais (*cornus sericia*) et de racine d'igname sauvage (*dioscorea villosa*). Cette décoction est administrée froide, à la dose d'une ou deux cuillerées à bouche, toutes les trois ou quatre heures.

Le rédacteur du journal rappelle, à ce propos, qu'il a obtenu lui-même des succès très-marqués avec l'infusion de fleurs de la dauphinelle commune des jardins. (*The Med. and Surg. Reporter* et *Gaz. hebd.*, novembre.)

Névralgie rebelle (*Cas de*) *guéri au moyen de l'excision d'une portion du nerf malade.* Quand une névralgie résiste à tous les moyens qui d'ordinaire font justice de cette affection, il ne reste d'autre ressource, pour en délivrer le patient, que le recours à une opération chirurgicale, et nous voulons parler d'une opération par l'instrument tranchant, de préfé-

rence à la cautérisation; cette dernière, si elle permet de détruire une portion du nerf, ayant l'inconvénient de ne pas toujours amener ce résultat avec certitude, d'être de plus très-douloureuse et de laisser une cicatrice difforme. Tout cela n'est certes pas chose nouvelle, et il n'y aurait pas lieu de citer ici un cas comme celui mentionné dans le titre qui précède, si ce cas ne fournissait l'occasion de rappeler la supériorité de l'excision comparée à l'incision simple, qui trop souvent, en effet, après la guérison de la plaie, est suivie du retour de la maladie.

Il s'agit d'une femme de soixante-quatre ans, qui, atteinte depuis plusieurs années d'une névralgie extrêmement douloureuse siégeant dans la branche musculo-cutanée péronière du nerf sciatique poplité externe, avait épuisé tous les moyens de traitement usuels sans obtenir aucun soulagement. Entrée au London-Hospital, M. Luke avait tenté de la guérir en pratiquant l'incision du nerf, et il semblait d'abord que ce fût avec le plus heureux résultat. Mais au bout de six mois, sa douleur reparut avec tout autant d'intensité qu'auparavant. La malade vint alors à l'hôpital de Guy réclamer les soins de M. Hilton, qui excisa une portion du nerf d'environ deux pouces de longueur, à partir du point où il émerge de l'aponévrose jambière. Le tronc nerveux était intimement adhérent à la cicatrice laissée par la précédente opération, circonstance qui n'est peut-être pas étrangère à la réapparition de la névralgie; car on sait que l'adhérence ou l'incarcération des nerfs dans le tissu inodulaire, à la suite des plaies ou des amputations, donnent très-souvent lieu à des douleurs extrêmement vives.

M. Hilton, à l'occasion de ce fait, rappelait qu'il avait eu occasion de pratiquer la même opération, et avec le même succès, quelques années auparavant, sur une femme âgée de vingt-trois ans, chez laquelle les accès de névralgie, siégeant également dans la branche musculo-cutanée péronière, suscitaient de véritables attaques épileptiques. L'opération avait fait cesser à la fois et les douleurs et l'affection convulsive dont elles étaient le point de départ. Cette dernière circonstance mérite d'être notée, comme venant à l'appui des vues de M. Brown-Sequard, relativement au traitement de l'épilepsie avec *aura*, que nous avons rapportées dans notre dernier volume (p. 241 et suiv.) On peut se rappeler, en effet, que, parmi les moyens employés ou proposés par notre savant confrère pour combattre le mal sacré, se trouve « la destruction des connexions nerveuses du point où naît l'aura qui précède l'attaque épileptique, soit par l'incision, soit, au besoin, par l'excision du nerf, par l'intermédiaire duquel cette aura paraît se propager vers les centres nerveux.» (*Med. Times and Gaz.*, mai 1861.)

Ulcère *sénile, du col utérin, et de son traitement.* M. Ellis appelle l'attention des praticiens sur cette forme assez peu connue, et relativement rare (2 ou 3 sur 100) des ulcères du col. Elle s'observe chez les femmes entre 50 et 65 ans. La leucorrhée, qui en est le premier signe, est d'autant plus remarquable que, à cet âge, la muqueuse génitale est ordinairement très sèche. Il y a fort peu de douleur; et l'ulcère, en général très-petit, semble pouvoir être détruit par une simple application de nitrate d'argent. Mais il n'en est rien : ce petit ulcère, extrêmement sensible au toucher, rouge (de la couleur du sang artériel, dit l'auteur) saignant au moindre contact, se distingue par sa tenacité. Cela dépend, du reste, en très-grande partie, de ce que le processus de réparation organique est plus faible pendant la vieillesse.

Pour guérir cet ulcère, et détruire sa base irritable, le nitrate d'argent serait impuissant. Il faut des caustiques plus actifs, la potasse, l'acide nitrique, le fer rouge. En appliquant ces agents, on devra se souvenir qu'il faut ici plus de temps que chez les malades plus jeunes, pour la séparation des escarres.

Deux applications de ces caustiques, faites à quinze jours d'intervalle, puis quelques attouchements avec le sulfate de cuivre, de la surface cautérisée, attouchements répétés toutes les semaines, tel est le plan de traitement qui, dans ces cas, a donné à l'auteur les meilleurs résultats. (*The Lancet* et *Gaz. méd. de Lyon*, novembre.)

Uranoplastie. *Procédé nouveau.* Aucune des méthodes employées jusqu'ici pour combler le déficit médian du palais dans la division congénitale de cette voûte, n'ayant donné de résultats satisfaisants, M. Langenbeck a imaginé un nouveau procédé que nous allons faire connaître. Dans deux cas

où il avait eu recours à la réunion sur la ligne médiane de deux lambeaux formés aux dépens de la muqueuse palatine, décollés et mobilisés par des incisions latérales, ces lambeaux s'étaient gangrenés, et il avait renoncé à toute nouvelle tentative de ce genre. Depuis deux ans il a pu s'assurer qu'en décollant avec la muqueuse palatine le périoste qui la double, on n'a à craindre ni la gangrène des lambeaux, ni la nécrose de l'os. C'était un des premiers résultats de ses tentives d'opérations ostéoplastiques, et c'est sur ce fait qu'est fondée sa nouvelle méthode d'uranoplastie. La première application en a été faite chez un jeune garçon de quatorze ans, affecté, en naissant, de bec-de-lièvre gauche, avec division complète du voile du palais, du rebord alvéolaire et du palais. Voici les principaux détails de cette observation :

L'opération du bec-de-lièvre, tentée une première fois, peu de jours après la naissance, avait échoué, et la réunion n'avait été obtenue que deux ans plus tard. Le 6 février 1861, M. Langenbeck fit la staphyloraphie, qui réussit du premier coup. L'uranoplastie fut faite trois mois plus tard, de la manière suivante :

A l'aide d'un fort bistouri on incisa la muqueuse et le périoste du palais sur les deux côtés de la fente, et l'on détacha ensuite les deux lambeaux de l'os sous-jacent, en se servant de petits leviers mousses. Ces deux lambeaux se continuaient en avant avec la membrane gingivale et en arrière avec le voile du palais, qui avait été détaché du bord postérieur de la voûte palatine. Les bords internes de ces lambeaux furent réunis sur la ligne médiane, et l'occlusion de la perte de substance jusqu'aux dents incisives fut obtenue. Le décollement de la muqueuse doublée du périoste est assez pénible ; il est cependant possible de l'obtenir sans déchirures. L'opération fut interrompue plusieurs fois par des hémorrhagies abondantes, mais elle ne dura pas plus d'une demi-heure. Les sutures furent retirées du huitième au quatorzième jour. La réunion s'était faite par première intention dans toute la longueur du palais. Le palais artificiel ainsi obtenu ne diffère d'un palais naturel que par la cicatrice qui le sillonne d'avant en arrière. L'extrémité libre de la luette présente en outre une légère encoche.

En présentant son opéré à la Société de médecine de Berlin, M. Langenbeck annonçait qu'il venait de répéter la même opération sur une jeune fille de vingt-quatre ans, chez laquelle l'écartement des deux moitiés du palais était d'un pouce. Dans ce cas, la staphyloraphie et l'uranoplastie furent exécutées dans une même séance, et l'occlusion complète fut obtenue immédiatement. (*Gaz. hebdom.* octobre 1861)

Vomissements incoercibles ; *avortement.— Guérison.* Deux faits récents viennent de remettre en question l'avortement provoqué comme remède aux vomissements incoercibles de la grossesse. Le premier a été observé par M. Hergott, de Strasbourg; en voici le résumé :

Primipare, de quarante ans. Au troisième mois, alors que M. Hergott la vit, intolérance absolue des remèdes et des aliments. Tous les moyens ordinaires ayant échoué, malgré des améliorations passagères, et la femme étant dans une prostration extrême, le pouls à 130, la bouche chaude et acide, qui sont les trois phénomènes essentiels capables d'inspirer au médecin ce moyen extrême, M. Hergott provoqua l'avortement en introduisant dans le col un petit morceau d'éponge préparée à la ficelle. Des contractions se manifestèrent le soir même, et, trois heures après, un fœtus mâle de 12 centimètres de long fut expulsé avec les membranes, qui ne présentaient pas d'altération appréciable. La femme perdit fort peu de sang, et il n'y eut qu'un vomissement jusqu'au lendemain. L'oppression pénible et anxieuse des jours précédents disparut; le bouillon, puis les aliments solides furent bien supportés; et cinq jours après l'opération, elle était en pleine convalescence, et se levait au bout de treize jours.

Le second, observé par le docteur Bubola, est aussi concluant :

Femme de trente ans, mariée depuis neuf, enceinte pour la cinquième fois, dont deux avortements à trois et quatre mois. Vomissements opiniâtres, avec douleurs d'estomac au deuxième mois; rejet des solides et des liquides, aussi bien le jour que la nuit. Oppression pénible du creux de l'estomac; nausées continuelles ; et, après un mois de souffrances, émaciation générale. Au toucher, développement normal de l'utérus, sans altération de tissu ni de situation. Les opiacés, les antispasmodiques sous toutes les formes, le froid à l'épigastre, les bains de siége, la pepsine, la teinture d'iode, furent tentés en vain; seule la potion

de Rivière amena une amélioration passagère au début. L'état s'aggravant de jour en jour, — voix presque éteinte, langue rougeâtre, soif continue, pouls petit et fréquent, abaissement de la chaleur du corps, insomnie, agitation, douleur à l'épigastre, météorisme de l'abdomen, — le docteur Bubola se décida à provoquer l'avortement, après en avoir référé au docteur Pastorello, de Padoue; mais le 18 mai, avant sa réponse, l'avortement spontané eut lieu. Les vomissements diminuèrent le jour même, les forces se rétablirent graduellement, et, cinq jours après, cette femme avait repris ses occupations.

La cessation rapide des vomissements justifie complétement l'emploi de ce moyen extrême. (*Union médic.*, octobre 1861.)

VARIÉTÉS.

PROTHÈSE.

De la restauration de la division congénitale de la voûte du palais et de son voile; parallèle des moyens prothétiques et des procédés autoplastiques.

Lettre au professeur Lawrence, par M. Debout.

S'il n'a pas été possible à votre illustre ami, M. Roux, de mener à bonne fin l'ouvrage dans lequel il se proposait de dire tout ce qu'il avait vu et fait d'utile dans sa longue carrière professorale, il lui est resté du moins la consolation de terminer la partie à laquelle il portait le plus d'intérêt, vu la large part qu'il avait prise à son édification : nous avons nommé la *chirurgie restauratrice*.

Je n'ai pas ici à examiner, si, malgré l'étendue qu'il a donnée à cette portion de son œuvre, le sagace chirurgien n'a pas laissé en dehors de son examen quelques-unes des lésions qui ressortissaient de son sujet. Lui-même a pris soin de prévenir toute critique à cet égard, en nous avertissant qu'il écrivait moins pour remplir un cadre donné que pour signaler les ressources réelles de celles des applications de la chirurgie réparatrice qu'il avait tentées avec le plus de succès. Ainsi, faisant allusion aux fistules vésico-vaginales, dont le traitement a donné pourtant de si beaux résultats entre les mains habiles de M. Jobert, M. Roux, qui ne comptait pas assez avec l'expérience des autres, dit: « Il est quelques restaurations qui sont encore d'une date trop récente, qui sont trop nouvellement instituées, pour qu'on ait eu le temps de les expérimenter encore un grand nombre de fois, pour qu'on puisse savoir à quoi s'en tenir sur leur propre valeur et sur celle des procédés divers que chacune d'elles peut comporter. »

Mais ce que nous pouvons reprocher à notre illustre maître, c'est le silence volontaire qu'il a gardé sur ceux des appareils prothétiques que l'industrie, livrée à ses seules ressources, est parvenue à créer pour parer aux difformités que sa main habile n'avait pu faire disparaître.

La *chirurgie réparatrice* étant, d'après la définition de M. Roux lui-même, cette partie de l'art qui est destinée tout spécialement à ramener les organes mal conformés, ou ayant subi une perte de substance plus ou moins considérable, à accomplir les fonctions que la nature leur a dévolues, l'art manquerait souvent son but s'il laissait en dehors de son étude l'examen des ressources réelles que fournit la prothèse. En effet, lorsque la mutilation porte sur les parties molles seulement, si la perte de substance n'est pas par trop considé-

rable, on arrive, par d'ingénieux procédés, à mobiliser les parties voisines et à les amener au contact. Il n'en est plus de même lorsque la perte de substance porte sur la charpente osseuse; ici, plus de coaptation possible, et la *synthèse* doit céder le pas à la *prothèse*. Ce sont les deux parties d'un même tout, et M. Roux, en consacrant un volume entier à la chirurgie réparatrice, en ne parlant que de la synthèse, n'a-t-il pas commis un oubli regrettable? C'est un doute que je vous demande la permission d'exprimer ici.

Depuis longtemps nous ne laissons échapper aucune des occasions qui nous sont offertes de faire sentir aux chirurgiens le dommage qu'ils causent à la science en abandonnant aux industriels et aux malades l'étude des appareils mécaniques. Nous voulons poursuivre notre tâche.

La médecine opératoire doit enfin apprendre à compter avec la prothèse ; à mesure que celle-ci parvient à réparer de plus grandes mutilations, celle-là ose davantage. Il y a quelques années seulement, serait-il venu à la pensée d'aucun chirurgien d'oser enlever les deux maxillaires supérieurs ?

Mais, de même que la chirurgie peut, aujourd'hui, se montrer plus entreprenante, alors qu'on lui offre les moyens de combler les brèches qu'elle a faites pour le salut des malades, de même elle doit apprendre à céder le pas à la prothèse quand les progrès de celle-ci viennent lui permettre d'accomplir son œuvre.

L'essai des appareils prothétiques est toujours inoffensif; on n'en saurait dire autant de la mise en œuvre des procédés de l'autoplastie; et le moins qu'il puisse arriver, lorsqu'ils ne réussissent pas, c'est de laisser la perte de substance un peu plus grande qu'auparavant.

Or, toutes les fois que la chose est possible, au lieu de finir par la prothèse et de lui rendre la tâche plus difficile, ne vaudrait-il pas mieux commencer par l'essai de ses moyens? Telle est la question que je désire vous soumettre, parce que votre longue expérience vous rend, mieux que personne, apte à la trancher.

Je prendrai pour sujet la restauration buccale, dans les cas de division congénitale et de la voûte et du voile du palais. M. Roux, dans sa chirurgie conservatrice, vous a montré toute l'étendue des ressources que la médecine opératoire offrait au chirurgien. Permettez-moi de venir, à mon tour, placer sous vos yeux la valeur réelle des moyens que la prothèse met à notre disposition pour parer à ces mêmes lésions.

Je n'ai ni l'autorité ni le talent d'exposition que possédait le savant professeur; aussi aurai-je soin de faire parler les faits et de leur laisser plaider la cause que je défends.

Je choisis pour exemple le cas le plus compliqué, celui dans lequel l'arrêt de développement a porté à la fois sur la lèvre supérieure, la voûte et le voile du palais, et créé cette difformité considérable qu'on désigne sous le nom de *gueule de loup* ; ce sera ainsi une occasion, toute naturelle, de montrer la part qui, dans la chirurgie réparatrice, revient à chacune de ses parties : la synthèse et la prothèse.

La médecine opératoire, grâce aux procédés de l'autoplastie par glissement, parvient facilement à combler la fissure labiale et à rendre au nez sa forme normale. Sous l'influence de la simple restauration de la lèvre supérieure, lorsque celle-ci a été entreprise dans les premiers mois de la vie, ainsi qu'on le pratique assez souvent aujourd'hui, sous cette influence, dis-je, la brèche de l'arcade alvéolaire finit par disparaître.

Il n'en est pas de même de la division de la voûte palatine, elle persiste complète. Il est vrai, s'il était possible de tenter la staphyloraphie à la même époque, que la réunion du voile membraneux exercerait la même influence sur cette division, il y aurait un rapprochement des deux parties de la voûte palatine, et le plus souvent la perte de substance se trouverait réduite à une étroite fissure longitudinale, qu'il serait facile de fermer.

Mais la staphyloraphie n'est pas une opération que l'on puisse pratiquer chez les très-jeunes sujets. « Pour qu'elle puisse être faite avec précision, et amenée à une fin heureuse, dit M. Roux, il faut une grande bonne volonté de la part de l'individu qui a à la subir; il faut qu'il ait le sentiment de son incommodité et le vif désir d'en être délivré; qu'il se sente le courage nécessaire pour affronter la douleur et qu'il soit capable de se surveiller lui-même après l'opération terminée; il faut que ses forces et sa patience lui permettent de supporter certaines privations, certains assujettissements, sans lesquels on ne peut guère compter sur le succès. Rien ne peut être ni commencé, ni poursuivi, ni terminé sans son concours, sans sa volonté, sans sa participation. Ce n'est pas trop du degré de raison et de la force de caractère que l'homme possède à dix-huit ou vingt ans; mais cela suffit, et il convient de profiter de cette première époque favorable, afin que les sujets qui ont eu, jusque-là, à souffrir des torts de la nature, puissent jouir aussitôt que possible des avantages que l'art peut leur procurer. Quelques années de retard leur donneraient seulement peut-être une résignation plus grande, un courage plus affermi, sans les mettre sous d'autres rapports dans des circonstances plus favorables. » Nous avons voulu citer les propres paroles de M. Roux, afin qu'on ne nous accusât pas d'avoir, dans l'intérêt de la thèse que nous défendons, retardé le moment de l'intervention fructueuse de l'art, et exagéré les conditions morales réclamées des malades pour subir la staphyloraphie avec des chances de succès.

Nous n'avons pas à rappeler les procédés opératoires employés par M. Roux, pour pratiquer la restauration du voile du palais, ils sont classiques; il nous suffira de dire les résultats qu'il a obtenus dans les cas où la division du voile membraneux coïncidait avec la bifidité de la voûte palatine, seule catégorie de faits dont nous nous occupons ici.

Des cinquante et un sujets qui présentaient cette double division, et opérés par M. Roux, quatre ont dû être opérés deux fois, et un seul de ces quatre a été assez heureux pour que la seconde opération réussît. Enfin il a obtenu un résultat favorable en tout sur vingt-six de ces cinquante et un individus; c'est donc la moitié des cas plus un.

L'habile chirurgien avait lieu d'être satisfait d'un tel rapport entre les succès et les revers, car, on le sait, l'intervalle qui sépare les deux parties du voile du palais est, dans ces cas, généralement plus considérable que dans ceux où l'arrêt de développement porte seulement sur le repli membraneux. Aussi M. Roux, dans la plupart de ses opérations, pratiquait la séparation du palais mou et du palais dur.

Enfin M. Roux termine son travail par ces remarques : « Pour cette catégorie de cas, il ne faut entendre par succès, ou résultat favorable, que la seule réunion du voile du palais. Après cette réunion obtenue, et toujours encore est-elle incomplète, des phénomènes doivent alors bientôt s'accomplir par les seuls efforts de la nature. Il doit y avoir rapprochement spontané des deux parties de la voûte palatine; après quoi, si une ouverture subsiste encore, faisant communiquer la bouche avec les narines, la chirurgie peut avoir à intervenir de nou-

veau autrement qu'elle ne l'avait fait d'abord : il y a à tenter l'occlusion définitive au moyen d'une palatoplastie, ou bien à la tenir simplement fermée par un obturateur. »

On le voit, M. Roux est enfin forcé de venir réclamer le secours de la prothèse. Mais quels services les appareils mécaniques ont-ils rendus à ses malades? Il se tait complètement à cet égard, et cependant il a dû avoir de bien fréquentes occasions de constater les résultats de leur usage.

Mais abandonnons pour l'instant ce point de la question pour nous occuper exclusivement des vingt-cinq individus auxquels la médecine opératoire n'a été d'aucune utilité et qu'il a abandonnés à leur triste sort. Nous allons dire quels services la prothèse peut leur rendre, et après avoir constaté leur réalité, il nous sera permis d'établir un parallèle entre les ressources si diverses de ces deux parties de la chirurgie restauratrice.

M. Roux, moins que tout autre chirurgien, pouvait se targuer d'ignorance quant aux progrès remarquables que la prothèse avait réalisés à l'égard des divisions congénitales du voile du palais. En 1845, un chirurgien américain, M. Stearns, l'avait rendu témoin, comme tous ses collègues de l'Académie de médecine, des services qu'un appareil bien fait pouvait rendre aux individus affectés de ce vice de conformation.

L'histoire de ce chirurgien est pleine d'enseignement. Né avec une division du voile du palais et n'ayant reçu aucun secours efficace des nombreux praticiens de son pays, lorsque le moment fut venu de choisir une profession, M. Stearns a fait choix de la médecine. Se rappelant le proverbe : *Aide-toi, le ciel t'aidera*, il espérait, par ses propres ressources, arriver plus sûrement à trouver un moyen de remédier à son infirmité.

L'étude physiologique de l'appareil de la voix lui eut bien vite démontré les usages du voile du palais dans l'acte de la phonation, et comme M. Stearns est doué d'une grande aptitude mécanique, ce chirurgien n'a pas tardé à mettre la main sur la substance qui devait lui permettre de réaliser son désir. Quelques essais avaient déjà été tentés dans cette voie; ainsi M. Nasmyth, dentiste de la reine d'Angleterre, avait fabriqué un obturateur dont la partie profonde était formée de lames d'or imbriquées les unes sur les autres, comme les écailles d'un poisson. Grâce à cette disposition, l'appareil était rendu mobile, mais son poids trop considérable ne lui permettait pas d'être soulevé facilement par la colonne d'air qui s'échappait de la glotte pendant l'acte de la phonation. M. Stearns eut l'heureuse idée de substituer le caoutchouc au métal, et, par une disposition ingénieuse de plaques de cette substance, il parvint à construire un appareil léger, qui remplissait très-bien l'objet auquel il était destiné.

Malheureusement, le caoutchouc simple ne résiste pas longtemps à l'action des agents plus ou moins destructeurs que possède la bouche, c'est-à-dire la chaleur animale, l'acidité des sécrétions et les dépôts alimentaires, et il lui fallait renouveler fréquemment son voile artificiel. Toutefois, le point le plus difficile était trouvé : la disposition et le mécanisme de l'appareil. Une précieuse découverte ne devait pas tarder à venir couronner les efforts de notre confrère et donner aux lames de son voile artificiel les qualités qui leur manquaient. La vulcanisation du caoutchouc, tout en conservant la souplesse et la légèreté de cette substance, lui permet de séjourner impunément pendant de longs mois dans la bouche. On comprend par là toute l'étendue du progrès accompli.

Si M. Roux n'a pas vu l'importance de l'appareil réalisé par M. Stearns, elle n'a

pas échappé à la sagacité de Vidal, de Cassis; en effet, dans l'édition de son traité de pathologie externe et de médecine opératoire qui suivit cette présentation, on lit: « Quand l'instrument est placé, ce médecin parle absolument comme si le palais et son voile étaient dans une parfaite intégrité ; quand, au contraire, l'instrument est enlevé, la voix prend le caractère spécial des sujets qui sont dépourvus de palais, et sa parole est inintelligible.—Si cet instrument, ajoute-t-il, peut bien se fixer, sans crainte, pour le malade, de l'avaler ; si, par ses points d'appui aux dents, il n'ébranle pas celles-ci ; si réellement son séjour n'est pas gênant, et si ses effets sur la voix, sur la prononciation, sont tels que semble le prouver l'expérience que fait sur lui-même ce médecin américain, on pourra, je crois, se dispenser peut-être de la plupart des réparations organiques qu'on pratique sur la voûte et sur le voile du palais. »

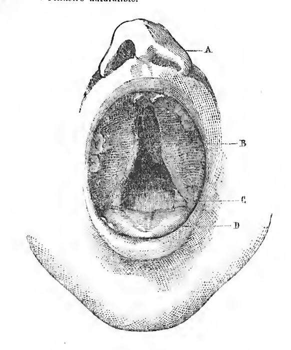
En quittant la France pour retourner dans son pays, M. Stearns n'a pas eu la bonne pensée de laisser ici un modèle de son appareil, de sorte que l'enseignement qu'il était venu nous fournir sur la nouvelle application de la prothèse fut perdu, et sa découverte serait encore enfouie dans les archives de la science, si un très-habile dentiste américain que nous possédons, M. Préterre, n'avait, dès ses débuts à Paris, entrepris de nous démontrer toutes les réalités des restaurations buccales. Ce qui a valu à M. Préterre les hautes sympathies de nos chirurgiens les plus éminents, c'est que ce dentiste, avec une générosité qui l'honore, est venu fournir ses preuves publiquement sur des malades de nos hôpitaux. Aujourd'hui, il n'est plus de service de chirurgie dans lequel il ne se trouve un exemple de la valeur de la prothèse buccale. Ici, c'est un maxillaire supérieur enlevé en totalité; là, un maxillaire inférieur dont la partie antérieure a été résèquée; ailleurs, une perte de substance de la voûte ou du voile du palais, qui se trouvent réparés à l'aide d'ingénieux appareils.

J'ai mis également à contribution le zèle de M. Préterre à l'égard de mon sujet, et, ayant rencontré un ancien malade sur lequel M. Roux avait pratiqué inutilement la staphylorapbie, j'ai prié ce dentiste de me fournir la preuve des progrès qu'il avait fait faire aux modèles créés par M. Stearns. Voici cette observation :

Bec-de-lièvre compliqué de division congénitale de la voûte du voile du palais. — Restauration de la lèvre à six semaines. — Tentative infructueuse de staphyloraphie à l'âge de trente ans. — Essais d'obturateurs à voile mobile. —Lemaître, employé, âgé de cinquante-quatre ans, est né avec un bec-de-lièvre affectant le côté gauche de la lèvre supérieure. La fissure labiale était compliquée d'une large division de la voûte et du voile du palais. Son vice de conformation s'opposait à ce qu'il pût prendre le sein de sa mère, et l'on fut un certain temps avant de trouver un moyen convenable pour l'alimenter. Les premiers jours, on se servit d'une pipe en terre ; après avoir rempli de lait la tête de cet instrument, on y appliquait la pulpe du pouce, puis l'on portait l'extrémité du tuyau sur la base de la langue de l'enfant ; les choses ainsi disposées, on levait le doigt et, dès que quelques gouttes du liquide s'étaient écoulées, on le réappliquait. Plus tard on plaçait sur une petite bouteille pleine de lait un morceau d'éponge, du volume du petit doigt et long d'environ deux pouces, que l'on fixait à l'aide d'un linge. Lemaître fut élevé à l'aide de ce biberon, mais non sans peine; aussi, lorsqu'on proposa à sa mère d'opérer son enfant, elle accepta l'offre avec empressement. La restauration de la lèvre supérieure fut tentée à l'âge de six semaines, avec un plein succès; mais le chirurgien

n'ayant pas débridé assez largement la narine gauche, Lemaître est resté avec cette portion de nez encore fort épatée, comme on peut le voir sur le dessin que nous donnons ci-dessous (fig. 1).

Habitant la campagne, et livré aux travaux des champs, il éprouva moins que beaucoup d'autres les inconvénients de son vice de conformation, car ces travaux n'exigent que peu de rapports avec les autres ouvriers. Toutefois, cet homme, qui est fort sagace, fait remarquer que les gens de la campagne étant moins intelligents que ceux des villes, il éprouvait souvent de grandes difficultés pour se faire comprendre d'eux ; c'est ce qui l'a engagé à accepter une place de garçon de magasin au Havre. En 1847, M. Isidore Geoffroy-Saint-Hilaire, qui lui portait de l'intérêt, vint dans cette ville, et lui proposa de l'amener à Paris pour le faire opérer par un de nos habiles chirurgiens. Les moqueries dont il était de temps en temps l'objet, et surtout le désir de parler aussi distinctement que tout le monde, lui fit accepter avec empressement l'offre de l'illustre naturaliste.



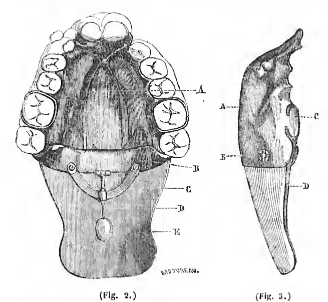
(Fig. 1.)

Division congénitale de la voûte et du voile du palais.

A, narine gauche restée épatée par suite du débridement trop peu étendu de la partie supérieure des bords de la fissure nasale. Dans la partie antérieure de la division palatine, on aperçoit le vomer B fixé au maxillaire gauche. La distance qui sépare les deux moitiés du voile du palais est beaucoup plus considérable que d'habitude : elle est le résultat de l'insuccès de l'opération de staphyloraphie tentée par M. Roux. On aperçoit au fond de la gorge une sorte de plan musculaire C, saillant surtout lorsque le malade fait un mouvement de déglutition. Il semble alors que la paroi postérieure du pharynx, sous l'influence des contractions du pharyngo-staphylin, se projette en avant comme pour combler la division du voile du plaais.

Lemaître, dès son arrivée à Paris, fut confié à M. Roux, et placé par lui dans son service, à l'Hôtel-Dieu (salle Sainte-Marthe, n° 7). Après avoir préparé son malade, ce chirurgien lui pratiqua la staphyloraphie ; trois points de suture furent appliqués, et la réunion de la plaie se fit si rapidement, qu'au bout de quarante-huit heures M. Roux crut pouvoir enlever les fils. Il s'était trop hâté, car, quelques heures plus tard, la séparation des lèvres de la plaie s'opérait, et rétablissait l'infirmité dans une étendue plus considérable.

Aussitôt l'enlèvement des points de suture, on avait donné un verre de vin à Lemaître ; cet homme, qui jusque-là était resté sans fièvre, vit, dès ce moment, le pouls s'élever et son état de santé s'altérer. Quelle part faut-il faire, dans cette circonstance, à la déception que Lemaître éprouva dès qu'il vit ses espérances déçues ? Toujours est-il que, sous l'influence de ces causes d'excitation, un érysipèle du cuir chevelu se montra le quatrième jour ; il fut assez intense pour réclamer une incision en arrière de l'oreille droite. Cet accident fut la cause principale pour laquelle ce malade ne se soumit pas à une nouvelle opération. Dès qu'il fut guéri de son érysipèle, il quitta l'Hôtel-Dieu.



(Fig. 2.)

Obturateur garni de son voile mobile.

A, plaque en or destinée à fermer la fissure palatine ; B, bride métallique à trois tenons servant à unir la plaque de caoutchouc E avec la partie antérieure de l'appareil ; C, ressort mi-circulaire et méplat, en or trempé, destiné à soutenir l'aiguille-ressort. Cette aiguille D, articulée sur l'obturateur palatin, est terminée à sa partie inférieure par une lentille en or, servant à relever la plaque de caoutchouc sur laquelle pressent les deux moitiés du voile du palais divisé ; E, plaque en caoutchouc constituant le voile mobile.

(Fig. 3.)

Le même appareil vu de profil.

A, plaque obturatrice de la fissure palatine portant à sa partie inférieure et latérale droite une lame en or C, destinée à fixer l'appareil à la première grosse molaire ; B, partie supérieure de l'un des tenons servant à maintenir réunies les deux parties du palais artificiel ; D, plaque en caoutchouc, plus épaisse dans sa partie antérieure, afin d'augmenter encore le degré d'élasticité spéciale à cette substance.

Lemaître avait des parents à Paris; honteux de retourner au Havre avec son infirmité, il préféra rester ici et ne tarda pas à trouver un emploi. Il y a quelques mois, le hasard m'ayant fait rencontrer cet homme, je songeai à m'en servir pour juger de la valeur de la prothèse dans les cas de divisions simultanées de la voûte et du voile du palais, et je le conduisis à M. Préterre. Le dessin ci-contre (fig. 1) montre l'étendue de la lésion que ce dentiste avait à combler.

Le 1er novembre 1861, M. Préterre lui appliqua un premier modèle que nous reproduisons (fig. 2 et 3) et qui avait parfaitement réussi à un malade de M. le docteur Cornaz, de Neufchâtel. Depuis un mois que Lemaître porte cet appareil, et sous l'influence d'exercices quotidiens d'une heure environ, que dirige M. Préterre, Lemaître parle déjà avec une aisance surprenante. Ce résultat n'est pas ordinaire, et il tient, et à la grande intelligence du malade, et à sa ténacité.

Comme M. Préterre se propose de lire prochainement à l'Académie de médecine un travail sur les appareils destinés aux divisions congénitales de la voûte et du voile du palais, et sur l'éducation spéciale que réclament les malades, je ne veux pas déflorer son sujet, et me borne, pour aujourd'hui, à constater les bons effets dont je suis témoin.

Il est une erreur, cependant, que je dois m'empresser de signaler : la croyance où sont encore la plupart des médecins que, dès qu'un palais artificiel sera mis en place, les sujets affectés de divisions congénitales devront parler immédiatement et correctement. Par de telles promesses, ils préparent des mécomptes graves à leurs clients et des déboires aux artistes qui se chargent de parer à ce vice de conformation.

Pour se rendre compte du fait, il suffit de se rappeler les altérations apportées à la conformation des diverses parties de l'appareil de la phonation, et du rôle qui leur est dévolu dans l'acte de la parole.

La lèvre supérieure a bien été réparée, c'est-à-dire que la brèche qu'elle présentait n'existe plus ; mais son organisation est loin d'être normale. Le plan musculaire auquel elle doit son agilité a souffert dans son développement ; il est moins épais au niveau des bords de la fissure, aussi cette partie de la lèvre est moins mobile. De plus, il reste presque toujours une encoche à l'extrémité de la cicatrice. De ces modifications, il arrive, toutes les fois que les individus opérés du bec-de-lièvre doivent prononcer des sons qui réclament le concours des lèvres, comme *eu*, *ou*, que la lèvre inférieure prend une plus large part au mouvement; en outre, elle se contourne, s'élève, pour venir combler le vide créé par l'encoche de la lèvre supérieure.

La voûte du palais n'a pas subi des altérations moins profondes ; par suite de la séparation des deux moitiés osseuses de cette voûte, la cavité de la bouche se trouve plus ou moins agrandie, comme le prouve la convexité considérable des appareils destinés à combler la fissure palatine (A. fig. 3). — La plus grande profondeur de cette région rétrécit d'autant l'étendue des fosses nasales; or, l'application d'un obturateur ne saurait avoir d'autre résultat que de fermer la communication qui existe entre les deux cavités, et non de remédier aux modifications que provoque le changement de leur capacité relative. Celles-ci portent spécialement leur effet sur le timbre de la voix, qui est le plus souvent nasillard, surtout lorsque l'aile du nez reste épatée.

Enfin, arrive le rôle du voile du palais artificiel. Le problème mécanique était difficile à remplir, car si la plaque de caoutchouc est aussi molle et aussi

élastique que la couche membraneuse qu'elle supplée, elle est dépourvue de l'action musculaire. C'est ici que l'intervention de toute l'ingéniosité de l'artiste était nécessaire; il lui fallait créer une force factice, qui relevât le voile de la quantité nécessaire pour l'acte de la phonation. M. Préterre, dans l'appareil dont nous publions les dessins, a atteint le but à l'aide de deux moyens : 1° en donnant une plus grande épaisseur à la base de la plaque de caoutchouc (D, fig. 3); 2° en plaçant au-dessous de la même partie de l'appareil un ressort en or (C, D, fig. 2), auquel notre habile artiste est parvenu à donner une flexibilité aussi complète que celle de l'acier.

Quand on réfléchit aux effets que ces modifications organiques et prothétiques doivent avoir sur l'exercice de l'appareil de la phonation, on comprendra que les individus porteurs de ces vices de conformation, alors même qu'ils sont munis de l'appareil le mieux fait, ont besoin de se livrer à une étude toute spéciale. Cet apprentissage de la parole ne demande pas moins de trois à six mois d'étude; le résultat est d'autant plus complet que l'individu est plus complet et plus persévérant. *(La fin au prochain numéro.)*

La Faculté de médecine de Montpellier a tenu sa séance solennelle de rentrée le 15 du mois dernier, sous la présidence du recteur de l'Académie, M. Donné. Voici la liste des lauréats : — Première année, M. Trélacin-Bascou; mention très-honorable, M. Garayon. — Deuxième année, mention honorable, M. Masse. — Troisième année, prix : M. Coural ; première mention honorable M. Sartre ; deuxième mention honorable, M. Blancard. — Quatrième année, prix : M. Grynfelt. — MM. de Seynes, Chauvin, Chabrié et Dussaud ont été désignés au ministre de l'instruction publique, comme ayant fait les thèses de doctorat les plus remarquables pendant l'année 1859-1860.

L'école de médecine de Limoges a tenu sa séance de rentrée le 5 décembre, sous la présidence de M. Bonin, inspecteur de l'Académie. Après un discours de M. Bleynie, fort applaudi, a eu lieu la distribution des prix. Les noms des lauréats sont : pour la deuxième année, prix : M. Escorte ; pour la première mention, M. Bleynie ; deuxième mention, M. Pont-Reaux. Pour la première année, prix : Malinvaud ; première mention, M. Lafaurie ; deuxième mention, M. Brissaud.

Le nombre des premières inscriptions prises cette année à la Faculté de médecine de Paris est de 369 ; c'est une augmentation notable sur les années précédentes, mais proportionnellement bien moindre que celle qu'on annonce à Montpellier.

Le 28 avril prochain, il sera ouvert à l'Hôtel-Dieu de Lyon un concours public pour deux places de médecin dans cet hôpital. Les candidats devront se faire inscrire, avant le 15 avril, au secrétariat général de l'administration, à l'Hôtel-Dieu.

La Société impériale de médecine de Lyon, sur la proposition de M. le docteur Tessier, son trésorier, vient de fonder un nouveau prix, qu'elle décernera tous les deux ans à l'auteur du meilleur Mémoire manuscrit et inédit, qui, pendant ce temps, lui aura été envoyé sur un sujet quelconque relatif aux sciences médicales. Ce prix, de la valeur de 100 à 300 francs, sera décerné pour la première fois à la fin de l'année 1862.

Les mutations suivantes viennent d'avoir lieu à l'Ecole préparatoire de médecine et de pharmacie de Nantes. Sont nommés :

M. Malherbe, professeur de pathologie interne, en remplacement de M. Bonamy, décédé; M. Trastour, professeur adjoint de clinique interne, en remplacement de M. Malherbe; M. Henry, professeur d'accouchement, en remplacement de M. Gegouais, décédé; M. Pihan Dufeillay fils, professeur suppléant de médecine, en remplacement de M. Trastour; M. Heurtaux, professeur suppléant de chirurgie, en remplacement de M. Henry; M. Laennec, professeur suppléant d'anatomie et de physiologie, en remplacement de M. Heurtaux; M. Jouon, chef des travaux anatomiques, en remplacement de M. Laennec; M. Resseguet, de nouveau chef des travaux anatomiques.

M. Didiot, médecin principal, chef du service de santé de l'expédition de Cochinchine, et M. Champenois, médecin-major de 1re classe, viennent de recevoir de S. M. la reine d'Espagne la croix d'Isabelle la Catholique, pour services rendus dans ces contrées lointaines.

M. le docteur West, médecin de l'hospice de Soultz (Haut-Rhin), membre du conseil d'arrondissement de Colmar, vient d'être nommé chevalier de la Légion d'honneur.

M. le docteur Isidore Bourdon, membre de l'Académie de médecine, médecin en chef des épidémies du département de la Seine, vient de mourir à l'âge de soixante-quatre ans.

M. le baron Hippolyte Larrey, inspecteur du service de santé de l'armée, fils du célèbre chirurgien, vient de faire hommage à l'Institut d'un portrait en grisaille de Bonaparte, premier consul, en uniforme de membre de l'Institut. Ce portrait est le seul qui existe sous ce costume; il a été exécuté par Mme Benoît, élève de David. M. Caffe, qui rapporte ce fait, ajoute : « Les jouissances de ceux qui donnent de leur vivant sont immenses, tandis qu'il n'y en a point pour ceux qui donnent après leur mort : en réalité, ils ne donnent rien, mais ils laissent ce qu'ils ne peuvent ni retenir ni emporter. »

Il y a deux ans à peine, trois maisons de Merrion square, à Dublin, étaient occupées par les docteurs Cusack, Montgomery et Marsh, tous trois célèbres, l'un comme chirurgien, l'autre comme accoucheur, le troisième comme médecin, et ces trois maisons sont vides aujourd'hui. En décembre 1859 mourait Montgomery; Marsh était enlevé subitement en décembre 1860, et le 25 septembre 1861 succombait Cusack, le vénéré doyen de la chirurgie d'Irlande.

Si l'on ajoute à ces noms ceux de Graves, de Harrison, de Crampton, de Porter et de Rynd, tous praticiens de la plus haute distinction, on verra combien ces dernières années ont été fatales au corps médical de Dublin.

L'administration des postes vient de faire paraître un tableau renfermant des notions générales sur le service. — Nous y voyons que, à dater du 1er janvier prochain, le poids maximum des lettres affranchies au moyen d'un timbre-poste de 20 centimes sera portée de 7 grammes et demi à 10 grammes, celui des lettres affranchies par un timbre de 40 centimes sera de 15 grammes à 20 grammes, et ainsi de suite, relativement au poids des lettres, et aux taux divers des timbres-poste. — L'affranchissement insuffisant d'une lettre fait considérer celle-ci comme non affranchie, et elle est taxée comme telle, déduction faite cependant de la valeur du timbre-poste.

Pour les articles non signés, E. DEBOUT.

THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE.

De la céphalalgie chez la femme, et de son traitement.

Il n'est pas d'affection plus embarrassante pour le médecin, il n'en est pas pour laquelle ils soit plus souvent consulté que la céphalalgie chez les jeunes femmes. C'est ce qui nous engage à reproduire dans le *Bulletin de Thérapeutique* le fragment qui suit d'une leçon clinique de Graves. On y trouvera une foule de données pratiques qui nous paraissent offrir un grand intérêt et qui, pour n'être pas nouvelles, n'en sont pas moins à tort, pensons-nous, complétement inusitées. En les rappelant ici, nous espérons provoquer quelques essais profitables aux malades et aux praticiens.

Le traitement de cette affection, quand celle-ci est produite par la pléthore et s'accompagne de constipation, est assez bien compris, et les médecins seront à peu près sûrs d'obtenir la guérison en prescrivant de se coucher de bonne heure, d'observer une diète modérée, de se donner de l'exercice, et, suivant les circonstances, en prescrivant des purgatifs actifs. Quand le sang se porte violemment à la tête, les malades supportent bien les émissions sanguines, et on peut faire appliquer des sangsues derrière les oreilles ou aux pieds; dans ce dernier cas on favorise l'écoulement du sang en faisant mettre les pieds dans l'eau chaude, et je crois ce moyen encore plus efficace que l'application de sangsues à la tête ou à son voisinage. Quelquefois on guérira la céphalalgie sans émission sanguine, en faisant plonger les jambes jusqu'aux genoux dans de l'eau aussi chaude qu'on peut la supporter. On comprendra les effets remarquables de ces bains de jambes, en songeant que non-seulement le pédiluve rappelle une circulation active dans les extrémités inférieures, mais encore que ces parties, et surtout la plante des pieds, possèdent une extrême sensibilité nerveuse, ce qui les rend très-impressionnables aux applications extérieures. Aussi voit-on souvent l'immersion des pieds dans l'eau, même modérément chaude, produire une impression très-vive, souvent une sensation passagère de nausée. Lorsqu'au contraire on emploie de l'eau froide, on voit au début la circulation se troubler visiblement; il survient de la gêne dans la respiration; c'est ce qu'on observe chez les personnes marchant dans la mer. Cette impression du froid sur les pieds agit aussi sur le tube digestif; on en a utilisé les bons effets dans des cas de coliques avec obstruction, en faisant marcher le malade nu-pieds sur des dalles froides; ce même moyen a aussi quelquefois ramené l'émission des urines

dans des cas de dysurie spasmodique. J'insiste sur ces faits, parce que souvent il existe un rapport direct entre le froid aux pieds et la céphalalgie; le premier paraissant souvent augmenter la dernière, et quelquefois la produire. En ordonnant, dans ces cas, des applications sur les pieds, soit sous forme de pédiluves chauds, simples ou médicamenteux, ou de sinapismes, ou de frictions, un médecin instruit sera donc guidé par la connaissance qu'il a de la sphère d'action étendue que possèdent ces applications locales.

Les effets que Graves, dans ce passage, attribue aux applications froides sur les pieds sont très-réels; mais ils ne constituent que l'action directe, immédiate du froid. On sait, en effet, qu'à côté de cette action le froid en possède une seconde plus lente à se produire, mais plus puissante, qui constitue *la réaction* et qui rappelle dans les parties soumises à son action le sang avec une intensité d'autant plus grande que le froid est plus considérable ou que son application a été plus instantanée. Aussi n'y a-t-il pas de meilleur moyen de rétablir la circulation vers les extrémités inférieures, et de guérir ainsi la céphalalgie qui s'accompagne de refroidissement des extrémités, que l'application de douches froides suffisamment puissantes sur les pieds et les jambes. Cette médication m'a réussi dans de nombreuses circonstances, et je ne saurais trop insister sur ce point.

Dans la céphalalgie habituelle des jeunes femmes robustes et pléthoriques, quand les accès sont violents, il est quelquefois nécessaire d'avoir recours à la saignée générale. J'ai vu dans un cas, dit Graves, la saignée amener une guérison permanente.

Si à ces symptômes se joint une suppression des règles, on voit ordinairement la céphalalgie augmenter; souvent même cette suppression est la cause unique de la céphalalgie; on pourrait presque dire qu'il en est ainsi dans tous les cas où la céphalalgie coïncide avec une suppression; aussi croyons-nous ne pas sortir de notre sujet en présentant quelques réflexions sur les moyens les plus efficaces de rétablir l'évacuation menstruelle.

Même lorsque la suppression dure depuis longtemps, on peut encore reconnaître la périodicité de cette fonction, au moyen du *molimen* menstruel qui continue à se montrer à des époques fixes. Lorsque donc nous cherchons à ramener les règles, nous devons porter une grande attention à l'époque à laquelle il convient d'agir, ce qu'indique le moment où ce molimen se manifeste; peu de jours avant ce moment, nos efforts pour rappeler le sang vers l'utérus seront judicieux; si l'effet manque, on devra cesser les tentatives jusqu'à quelques jours avant l'époque suivante. Il est bien entendu

que je ne parle pas ici d'un traitement général, constitutionnel; celui-ci doit être continué sans interruption; un des meilleurs moyens pour rappeler la menstruation étant le rétablissement de la santé, ce qui, dans certain cas, s'obtiendra par les toniques, dans d'autres par des moyens opposés.

Mais il n'est pas nécessaire d'entrer dans ces détails; ce que je désire bien faire comprendre, c'est que tous les remèdes dirigés vers l'utérus ou son voisinage, comme les pédiluves, les fomentations sur les parties génitales, les sangsues au côté interne des cuisses, près de la vulve, l'aloès et les autres purgatifs stimulants, etc., ne doivent être mis en usage que dans le moment opportun, que nous avons fixé plus haut. Les employer à un autre moment, soit quand le molimen est passé, soit dans l'intervalle de deux époques, c'est plutôt contrarier la nature en agissant sur l'utérus à contretemps, quand il n'y a aucun travail vers cet organe; dans ces circonstances, les mêmes moyens ne réussiront pas ou seront nuisibles, qui, appliqués à propos, auraient été couronnés de succès.

Ainsi, supposons que nous soyons consultés pour une jeune femme affectée de divers symptômes hystériques depuis plusieurs mois et depuis lors sujette, plus que de coutume, à de la céphalalgie, de la langueur, des défaillances, de la diminution de l'appétit, des irrégularités dans les selles, ordinairement de la constipation: la malade est pâle, se plaint de toutes sortes de douleurs et de malaise; depuis le début de ces symptômes, elle n'a pas été réglée; ici évidemment le traitement général sera fortifiant et tonique. Le médecin recommandera un genre de vie régulier, plus de mouvement en plein air, une alimentation nourrissante, des douches d'abord tièdes, puis froides; il régularisera les selles et prescrira ensuite des médicaments toniques, les ferrugineux, le quinquina, les strychnées, etc. Il s'informera avec soin quand a eu lieu la dernière menstruation et si l'on observe depuis lors un molimen menstruel. Il s'assurera ainsi du moment où ce molimen reparaîtra, et se contentera de continuer le traitement général jusqu'à six jours avant le moment prévu. Alors il laissera de côté les autres médicaments et aura recours aux moyens dirigés vers l'utérus. On appliquera, tous les deux jours, deux sangsues à la naissance des cuisses. Suivant M. Trousseau, l'application des sangsues, dans ces circonstances, pourrait avec avantage être faite à la face interne du genou; on répétera ces applications trois fois; l'écoulement de sang sera favorisé par des fomentations. Les jours intermédiaires on agira activement sur les intestins à l'aide de pilules aloétiques, et trois jours avant et un jour

après l'apparition du molimen, on fera prendre le soir un bain de pieds chaud, rendu plus stimulant par l'addition de farine de moutarde. En même temps on fera tous les matins des frictions avec un liniment stimulant sur les pieds et les jambes, et on pourra donner à l'intérieur l'huile de térébenthine ou la teinture de cantharides, si on éprouve le besoin d'agir plus énergiquement.

Le but des sangsues est de produire l'afflux du sang vers les parties, afflux qui est augmenté par chaque application, surtout quand ces moyens sont employés au moment où l'écoulement menstruel devrait avoir lieu. Si ces moyens échouent, on y renonce pour le moment, on reprend de nouveau le traitement général jusqu'au même nombre de jours avant l'époque suivante, puis on recommence la même série de remèdes; il est rare qu'ils restent sans effet deux fois de suite.

Sous le nom de molimen menstruel j'entends les douleurs dans les lombes, les cuisses et la région hypogastrique, des bouffées de chaleur, des coliques, une recrudescence de la céphalalgie et un sentiment général de malaise, ensemble de symptômes que les femmes reconnaissent très-bien.

L'emploi périodique de moyens dirigés vers l'utérus dans le moment où les efforts de la nature tendent au même but m'ont toujours fourni des résultats satisfaisants. Il est vrai que les règles reviennent dans des centaines de cas dans lesquels les remèdes ont été donnés à tort et à travers, sans égard pour l'époque de leur emploi; mais il n'est pas douteux que leur réapparition s'effectue avec bien plus de certitude de la manière que je viens d'indiquer, et si je ne me fais pas illusion, leur retour à l'époque naturelle a un résultat bien plus salutaire pour la constitution que lorsqu'on les force à revenir à un autre moment. Ces règles de pratique ne sont peut-être pas neuves; je ne les présente pas comme m'étant propres, mais j'aime les généraliser, parce que l'expérience journalière fait voir qu'elles sont négligées par la plupart des praticiens.

Quant au nombre des sangsues à appliquer, j'ai fixé le chiffre de deux, quand il s'agit de jeunes femmes chez lesquelles le traitement général doit être fortifiant et tonique; il est bon d'observer que chez des sujets pléthoriques, chez lesquels un traitement général opposé convient, on peut appliquer avec avantage quatre et même six sangsues à la fois. Notons encore l'effet de l'électricité. Leconte rapporte qu'une femme de vingt-neuf ans, parfaitement menstruée jusque-là, ayant été frappée de la foudre, éprouva depuis ce moment des

dérangements constants de la menstruation. S'étant mariée, elle ne devint jamais enceinte. Par contre, une vieille femme de soixante et dix ans, qui avait perdu les menstrues depuis plus de vingt ans, vit, sous l'influence de la même cause, les règles reparaître avec une régularité parfaite, en même temps que les seins, qui étaient flétris, reprenaient du volume.

Pour en revenir à notre sujet, disons que le rétablissement des menstrues à leur période et à leur quantité normales suffira souvent pour guérir la tendance à la céphalalgie. Chez quelques jeunes femmes, cependant, cette tendance peut exister d'emblée sans dérangement menstruel, ou peut être produite en même temps que d'autres accidents hystériques par une *leucorrhée*. Quand il y a leucorrhée, l'emploi des pédiluves augmente souvent le mal, et doit être évité. Chez les jeunes femmes, on le sait, la leucorrhée provoque une série de symptômes très-fâcheux, de sorte que, s'il existe en même temps de la céphalalgie, nous devons négliger la seconde pour ne nous occuper que de la première.

Le docteur Churchill et plusieurs auteurs récents insistent beaucoup sur la division de la leucorrhée en vaginale et utérine, et s'appuient sur l'examen au spéculum pour prouver que la dernière forme est de beaucoup la plus fréquente, surtout quand la santé générale est sérieusement dérangée. Je ne sais jusqu'à quel point cela est vrai ; mais on comprend *à priori* que cette division n'a pas une grande importance quant aux symptômes généraux, car le vagin est doué de susceptibilités nerveuses et de sympathies très-suffisantes pour expliquer le dérangement de la santé qui accompagne les flueurs blanches. Quoi qu'il en soit, l'expérience démontre que la leucorrhée, quelle que soit sa cause, quand elle est copieuse, occasionne une grande prostration et des accidents nerveux variés. On connaît assez le traitement général qui convient dans ces cas; mais les moyens employés pour arrêter le flux méritent de fixer l'attention.

Les liquides astringents sont très-utiles lorsqu'ils sont convenablement introduits; mais c'est ce qui a rarement lieu quand on les emploie sous forme d'injection, car on enseigne difficilement à une femme à enfoncer suffisamment la canule; aussi l'injection est-elle rarement, surtout chez les femmes non mariées, mise en contact avec la surface dont la sécrétion est viciée. Pour remédier à cela, j'ai l'habitude de faire pénétrer le liquide au moyen de plusieurs plumasseaux de linge préalablement humectés de ce liquide, puis roulés ensemble de manière à pouvoir être facilement introduits dans le vagin, et enlevés au bout de quelques instants. En répétant

cette opération plusieurs fois, le liquide peut agir complétement sur toute la surface du vagin et jusqu'à l'orifice de la matrice. L'acétate de plomb, le sulfate de zinc, l'alun, le sulfate de cuivre, me paraissent les astringents les plus efficaces, quand on les emploie en solutions assez fortes. Dans des cas rebelles, le nitrate d'argent, à 0gr,10 sur 30 grammes, peut être employé de la même manière; quand une leucorrhée abondante alterne avec un écoulement menstruel copieux, on se trouvera très-bien de l'emploi interne de la solution de Fowler administrée avec suite dans l'intervalle des règles. Les préparations de fer plus douces, comme le pernitrate et le tartrate sont souvent utiles en pareil cas; par contre, le baume de copahu, le cubèbe, les cantharides, la térébenthine, qu'on a vantés dans la leucorrhée chronique, sont rarement supportés, parce que dans ces circonstances l'estomac est ordinairement très-sensible. Quelquefois on se trouve bien de l'emploi du baume du Canada, à la dose de 0gr,15 en une pilule avec 0gr,025 de sulfate de quinine, quatre fois par jour.

Après avoir brièvement esquissé le traitement de la céphalalgie d'abord chez les jeunes femmes pléthoriques, puis dans les cas de suppression des règles, enfin dans les cas de leucorrhée, parlons maintenant de la céphalalgie chez les jeunes personnes de tempérament délicat, excitable, sans complication menstruelle ou leucorrhéique. Ces personnes sont dites très-nerveuses, sont sujettes à une grande variété d'accidents hystériques, s'accompagnant tous de violente céphalalgie; quelle que soit la forme de l'accident hystérique, que ce soient des attaques, de l'extase, de la catalepsie, le symptôme prédominant est la céphalalgie, qui est toujours proportionnée à la violence de l'accident; c'est de ce mal qu'elles se plaignent quand elles peuvent s'exprimer, et elles sont toutes persuadées que c'est là la cause principale de leurs souffrances. Chez les unes, cette douleur s'accompagne de bouffées de chaleur, chez d'autres, les signes extérieurs de la congestion cérébrale sont moins évidents; mais chez toutes, la véritable cause de leur céphalalgie devient évidente lorsqu'on leur administre du vin, même en très-petite quantité, dans le but de combattre l'état alarmant de débilité dans lequel elles se trouvent souvent. C'est cette douleur de tête qui tient ces malades éveillées pendant plusieurs nuits et qu'il est si difficile de combattre, car il est évident que la plupart des moyens généralement employés pour combattre l'afflux du sang vers la tête agiront d'une manière déplorable sur des constitutions si délicates et offrant si peu de force vitale.

Ces malades supportent très-mal les purgatifs actifs, et les pertes de sang générales ou locales augmentent infailliblement l'excitabilité constitutionnelle et la faiblesse. Il est vrai que souvent une amélioration momentanée suit l'application des sangsues aux tempes; que quelquefois le mal de tête cesse en même temps, qu'ordinairement il diminue beaucoup pendant que le sang s'écoule par les piqûres de sangsues, et peu de temps après. Mais cet amendement ne dure jamais plus de quelques heures, cesse souvent promptement après que le sang a cessé de couler, et nous avons alors le mécompte de trouver notre malade tout aussi tourmentée qu'auparavant de sa céphalalgie, et de plus considérablement affaiblie par la perte de sang. On devrait vraiment établir comme règle générale, s'appliquant aux autres organes tout aussi bien qu'au cerveau, que chez les femmes faibles, nerveuses et hystériques, même lorsqu'il y a violente congestion vers un organe, les émissions sanguines générales ou locales sont nuisibles, parce que quand la constitution se relève des effets immédiats de ce traitement, elle se trouve plus disposée que jamais à de nouvelles congestions, soit le plus souvent vers le même organe, soit quelquefois vers d'autres.

La vérité de ce principe est grandement confirmée par les effets des saignées générales ou locales dans les cas d'épilepsie, chez les sujets faibles et nerveux. Et cependant il n'est pas de maladie qui soit plus manifestement sous la dépendance d'une congestion cérébrale que l'attaque épileptique. Une émission sanguine modifie sûrement la violence de l'accès et en abrége la durée, mais elle augmente tout aussi sûrement la tendance à un nouvel accès. J'ai vu une dame qui avait, tous les trois ou quatre mois, une violente attaque d'épilepsie depuis trente-cinq ans; un jeune médecin lui fit imprudemment une saignée, et depuis ce moment, les accès reviennent toutes les trois ou quatre semaines!

Il serait trop long de relater ici des observations établissant la vérité de ce que j'avance. Dans des cas pareils c'est de la douleur qu'on se plaint le plus, surtout lorsqu'il s'agit d'une partie aussi importante que la tête; le praticien dont l'attention est particulièrement fixée par ce symptôme important, tant à cause des plaintes du malade que par les suggestions des assistants, se laisse trop facilement aller à employer un remède qui produit rapidement une diminution notable du symptôme saillant; il applique des sangsues; la céphalalgie reparaît au bout de peu d'heures, il en applique de nouveau en plus grand nombre, et en appliquera peut-être une troisième fois, jusqu'à ce que la faiblesse soit assez alarmante pour le contraindre à s'arrêter.

Que fait-on alors ? On rase la tête, on applique des vésicatoires sur la tête et peut-être à la nuque, ou bien on fait des lotions froides, on applique des vessies pleines de glace sur la tête rasée ; bref, cette femme nerveuse et délicate, atteinte de congestion cérébrale hystérique, est soumise sans pitié au traitement cruel qu'on oppose à l'encéphalite active. Oui, dans deux cas, j'ai vu récemment provoquer la salivation, et je n'ai pas besoin d'ajouter que ce fut au grand détriment de la constitution des malades.

Répétons encore que cette céphalalgie et cette congestion cérébrale sont quelquefois simplement les satellites de la débilité, de l'insomnie, d'attaques nerveuses communes. Chez d'autres femmes les convulsions s'accompagnent d'un état particulier comme extatique, dans lequel la malade, quand elle n'est pas en proie à des convulsions, est tranquillement couchée, les yeux ouverts, incapable de parler et de se mouvoir, ayant la perception et la mémoire très-obtuses. Chez d'autres encore, les convulsions cessent peu à peu, les yeux sont fermés, et il survient un état comme comateux ; la malade entend cependant, et peut murmurer indistinctement quelques mots.

Pour bien traiter cette affection, il faut avant tout être bien convaincu qu'abandonnée à elle même, elle ne présente aucun danger. Sans doute, en apparence, l'état est très-grave, surtout quand il survient quelques symptômes particuliers vers les intestins ou vers l'estomac, mais le danger réel est très-minime. Pour combattre ces accidents le plus promptement possible, sans irriter, sans affaiblir, sans nuire en rien à la malade, il ne faut jamais saigner, ne jamais appliquer de sangsues, ne jamais raser la tête, et ne pas poser de vésicatoires. Les moyens auxquels j'accorde le plus de confiance sont des applications modérément froides sur le front, des lavements avec l'assa fœtida ou la térébenthine au moins une fois par jour. On devra faire attention à l'état de la vessie, ne pas laisser l'urine s'accumuler, comme cela a lieu quelquefois ; je conseille aussi d'appliquer largement, promptement et souvent des ventouses sèches au voisinage de la tête ; de donner à l'intérieur, à hautes doses, l'huile de térébenthine, et de faire des frictions stimulantes sur le ventre et les extrémités inférieures ; enfin, quand la crise est passée, ou que les autres moyens ont échoué, j'ai recours au *nitrate d'argent à haute dose*. L'idée d'essayer du nitrate d'argent et de l'huile de térébenthine, dans les cas de ce genre, me fut suggérée par leurs heureux effets dans l'épilepsie, surtout quand celle-ci survient chez des personnes nerveuses et délicates, et depuis que je les emploie dans les affections hystéri-

ques de la tête, j'ai guéri ces maladies et d'autres semblables bien plus rapidement qu'auparavant.

L'huile de térébenthine s'adresse plutôt à la période d'intensité de la maladie, et peut se donner à la dose de 1gr,25 à 2gr,50, qu'on répète suivant les effets. Le meilleur véhicule, dit Graves, est l'eau froide. Lorsque le médecin de Dublin formulait ce conseil, il avait sans doute raison; mais, de nos jours, on n'ira plus faire endurer aux malades le supplice de leur administrer la térébenthine en suspension dans l'eau, puisque l'on possède, dans les capsules gélatineuses, un moyen de masquer entièrement l'affreux goût du médicament. Il est des capsules qui contiennent jusqu'à 25 centigrammes du médicament; cinq ou dix capsules suffiront donc pour administrer les doses qu'indique Graves. On peut en donner deux ou trois doses par jour; elle produit la diminution de la céphalalgie, fait cesser la flatulence, et agit modérément sur les intestins et sur les reins. Quelquefois, elle produit une violente dysurie et même l'hématurie; ces accidents, lorsqu'ils sont modérés, ne sont pas suffisants pour y faire renoncer.

Quand le mal n'est plus à son paroxysme, ou quand l'huile de térébenthine a échoué, on obtient d'excellents effets du nitrate d'argent continué pendant cinq ou six jours de suite, à la dose de 0gr,025, quatre ou six fois par jour. Quand il y a constipation, on combine le nitrate d'argent avec les pilules de coloquinte composées. Cette formule, qui appartient au docteur Johnson de Londres, est excellente, non-seulement contre la céphalalgie des jeunes femmes, mais aussi chez l'homme, surtout quand la céphalalgie dépend de l'estomac. Quelquefois il faut ajouter au nitrate d'argent 0gr,05 ou 0gr,025 d'aloès pour obtenir des évacuations suffisantes; mais en général le nitrate d'argent a un double avantage sur les autres toniques; non-seulement il dégage la tête, mais encore il agit souvent comme un faible apéritif. Quelquefois même il purge violemment.

Dans les cas de céphalalgie accompagnée de faiblesse générale, nous avons souvent employé avec beaucoup d'avantage le liniment à l'acide acétique, dont voici la formule :

Pr.	Huile de térébenthine....................	100 grammes.
	Eau de roses..........................	100 grammes.
	Jaune d'œuf, n° 1.	
	Acide acétique........................	25 grammes.
	Huile de limon........................	8 gouttes.

On peut encore employer à l'extérieur l'huile de croton, à la dose de 10 à 40 gouttes dans un liniment camphré. L. G.

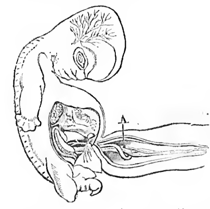
THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE.

Considérations pratiques sur les hernies ombilicales congénitales et leur traitement [1].

Par M. le docteur Debout.

TRAITEMENT DES HERNIES PÉDICULÉES ET IRRÉDUCTIBLES.

Si on veut bien se rappeler la description que nous avons donnée, au début de notre travail, des différentes espèces de hernies ombilicales congénitales, on se rendra compte de ce qu'il faut entendre par tumeurs irréductibles.



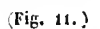
Dans les premiers temps de la vie embryonnaire, avons-nous dit, le cordon ombilical est un diverticulum de la cavité abdominale dans lequel une portion du tube digestif se trouve placé; nous en avons fourni pour preuve un dessin d'embryon humain emprunté à l'atlas de M. Coste [2]. Puis l'étude des faits pathologiques nous a montré que, si, par suite d'un arrêt dans le développement du nouvel être, cette portion du tube intestinal (A) venait à se développer dans la base du cordon, il se produisait trois espèces de hernies ombilicales : 1° tumeurs contenant à la fois une portion du foie et de la masse intestinale; 2° tumeur ne logeant qu'une partie du foie; 3° tumeur ne contenant que des anses intestinales. Cette dernière espèce est la seule qui soit pédiculée et dont le contenu ne saurait être repoussé dans le ventre, à cause de l'étroitesse de l'ouverture

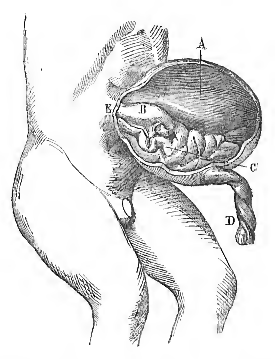
---

[1] Fin. — Voir les livraisons précédentes, p. 391 et 451.

[2] Nous reproduisons de nouveau cette figure, afin qu'on puisse la comparer avec celle que nous donnons plus loin d'une hernie pédiculée (fig. 12), et qu'on demeure convaincu que dans les deux cas, c'est bien la même partie du tube intestinal, c'est-à-dire le cœcum et la fin de l'intestin grêle, qui constitue les parties herniées.

ombilicale. Il est une dernière espèce de hernie dont nous devons dire un mot, afin qu'on ne nous accuse pas d'ignorer un point important de notre sujet: c'est celle dans laquelle, sous l'influence d'une attitude vicieuse de l'embryon, le foie tout entier a pénétré dans la cavité du cordon. Dans ces cas, la tumeur est également pédiculée, et comme ils peuplent nos musées d'anatomie pathologique, on serait porté à les croire fréquents. Mais ces faits ne sauraient intéresser que le tératologiste, car il n'est pas d'exemple de


(Fig. 11.)



fœtus affecté de ce vice de conformation qui ait pu atteindre son complet développement; toujours ils sont expulsés avant le septième mois de la grossesse. Nous donnons comme exemple le dessin d'une pièce adressée, l'année dernière, à la Société de chirurgie par un médecin de province. Notre confrère présentait cette forme des hernies ombilicales comme excessivement rare, c'était également l'opinion de Scarpa, mais il n'en est rien, ainsi que l'a fait remarquer M. Houël, le conservateur du musée Dupuytren.

La seule espèce de hernie pédiculée qui, au point de vue pratique, nous reste à étudier est donc celle dans laquelle on ne trouve que des anses intestinales.

Il n'existe encore aucun exemple de guérison d'une de ces hernies, et je ne sache pas qu'aucune tentative ait été faite, même dans les cas où la rupture des parois de la tumeur s'est produite pendant l'accouchement. L'induction seule peut donc nous guider dans l'appréciation des moyens thérapeutiques applicables à ces cas.

Les enfants affectés de hernies irréductibles peuvent ne pas être moins bien constitués que ceux qui présentent une éventration ombilicale. La tumeur est toujours d'un petit volume, de sorte que la cavité de l'abomen, étant peu rétrécie, permettra toujours la réduction de la masse intestinale herniée. Le seul obstacle à la rentrée de cette masse est donc l'étroitesse de l'anneau ombilical, et c'est devant son incision que les chirurgiens se sont arrêtés.

Par quelles considérations cette abstention peut-elle être légitimée? L'étendue de l'incision qu'on devra pratiquer à la paroi abdominale et l'âge de l'enfant ? Est-ce que dans le cas observé à l'hôpital de Ferrare, la guérison n'a pas eu lieu malgré l'avivement des bords de l'anneau et leur réunion à l'aide de points de suture ? Dans le cas de M. Hamilton, le contact des bords de l'ouverture ombilicale n'a-t-il pas été maintenu au moyen d'épingles d'argent, etc. ? Ces faits prouvent donc que les nouveau-nés peuvent supporter une somme de traumatisme plus grande qu'on ne le pense ; c'est dans le but d'en fournir la preuve que nous avons cité tous les exemples dans lesquels la cure avait eu lieu, malgré les moyens plus ou moins inintelligents qui avaient été employés.

L'événement fatal qui attend tout nouveau-né atteint d'une hernie pédiculée, irréductible, légitime donc l'intervention immédiate des secours chirurgicaux.

L'action de l'instrument tranchant devra-t-elle être bornée à faire une incision de l'anneau suffisante pour permettre la rentrée dans l'abdomen de la masse intestinale herniée ; ou, la réduction opérée, devra-t-on poursuivre les manœuvres chirurgicales en pratiquant l'avivement des bords de l'anneau ?

Les chances de mort étant, en général, en raison de l'étendue du traumatisme produit, le praticien devra se contenter d'inciser la paroi abdominale sur la ligne blanche, et la réduction opérée à réunir la plaie à l'aide de points de suture. La partie supérieure des enveloppes serait excisée, et leur base rapprochée par une ligature ; et si celle-ci ne suffisait pas à maintenir en contact les bords de

l'ouverture ombilicale, on aurait recours à l'emploi des emplâtres agglutinatifs, comme dans les faits de MM. Hey, Bucholtz, Hamilton, etc. Les guérisons obtenues par ces médecins doivent encourager à suivre des pratiques semblables, mais plus judicieusement appliquées, surtout quand elles sont comme ici les seuls moyens de soustraire le nouveau-né au sort qui l'attend. « *An satis tutum præsidium sit, quod unicum est.* » (Celse, *De re medica.*)

La mise à nu de l'intestin serait-elle un obstacle à la guérison? Les journaux scientifiques contiennent un nombre assez considérable de plaies du ventre ayant donné issue à des anses intestinales et qui ont guéri, pour qu'on ne perde pas tout espoir. Le péritoine n'est pas plus susceptible d'inflammation chez le nouveau-né que chez l'adulte ; et ici, comme là, les chances de succès seront, toutes choses égales d'ailleurs, en raison de la promptitude de l'intervention chirurgicale.

Tous les cas de hernie se prêteront-ils, avec des chances égales de succès, à ce mode de traitement, et devra-t-on en tenter l'essai lorsque l'étranglement subi par les anses intestinales contenues dans l'ouverture de l'ombilic paraîtra considérable? Les renseignements anatomo-pathologiques nous font défaut pour trancher ce point de la question. Nous doutons trop en général des ressources immenses de la nature, l'étude de notre sujet nous en a fourni des exemples frappants. Nous ne faisons pas seulement allusion au mode de réparation de la brèche énorme subie par la paroi abdominale, mais encore à l'ampliation rapide de la cavité du ventre par l'élongation des muscles rétractés. Un phénomène analogue ne peut-il se produire dans les points du tube digestif comprimé par l'anneau ombilical?

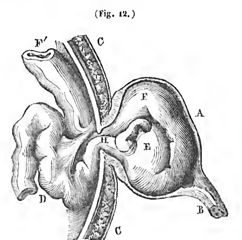
En médecine, nous sommes tenus de suivre le mouvement de la science; or, nous croyons avoir prouvé par l'observation des faits qu'un médecin serait désormais coupable si, en présence d'une hernie congénitale irréductible, il n'intervenait pas et abnadonnait le nouveau-né à la mort qui l'attend.

— Nous avons vu, depuis que ces lignes ont reçu une première et importante publicité, par leur insertion dans les Mémoires de l'Académie de médecine de Belgique, que l'ancien chirurgien de l'hôpital des Enfants, M. Guersant, avait eu l'occasion de recueillir un nouveau cas de guérison spontanée d'hépatomphale qu'il s'était empressé de m'adresser. Son successeur, M. Giraldès, m'a fait assister, il y a quelques mois, à une tentative de cure de hernie pédiculée. Nous reproduisons ce fait, plus curieux encore que celui de M. Guer-

sant, puisque c'est le premier exemple d'une intervention de la chirurgie dans cette forme de tumeur. Il est bien à regretter que M. Giraldès n'ait pu agir avant l'apparition de la péritonite qui a enlevé son petit malade; mais son exemple, nous l'espérons, ne sera pas perdu.

Obs. XVIII. *Hernie ombilicale congénitale irréductible. — Etranglement compliqué de péritonite. — Débridement au quatrième jour. — Mort deux jours après.* — « L'enfant Forêt (Louis-Victor) est né à terme (?), porteur d'une hernie ombilicale dont les parois étaient constituées par les enveloppes du cordon. Cette tumeur présentait le volume d'une bille de billard, elle était pédiculée et entourée à sa base par un repli circulaire de la peau de l'abdomen. La sage-femme qui avait présidé à l'accouchement, ne pouvant se rendre compte de ce vice de conformation, me fit prévenir, et je vis l'enfant le second jour de sa naissance. Je constatai la nature de la lésion, et quoique cet enfant eût rendu du méconium, la disposition anatomique des parties, c'est-à-dire l'étranglement de la base de la hernie, me porta à penser qu'une opération serait nécessaire. J'engageai donc les parents à envoyer leur enfant à l'hôpital, avant qu'aucun accident inflammatoire se développât dans la tumeur. Comme cela arrive trop souvent, ils s'y refusèrent, et ce ne fut que deux jours après, alors que la tumeur commençait à répandre une odeur repoussante, qu'ils s'y décidèrent.

(Fig. 12.)



« Le quatrième jour, le 8 mai, lorsque cet enfant fut admis dans le service, la hernie offrait une densité plus grande que les jours précédents, les parois avaient pris une teinte brunâtre par suite de l'inflammation qui s'était développée dans la membrane interne, la membrane externe exhalait une odeur gangréneuse très-pronon-

cée. Le ventre était ballonné, et déjà, depuis la veille, il ne pouvait prendre aucune boisson sans la rejeter aussitôt. Dans les liquides vomis, on trouvait des matières verdâtres en assez grande abondance. Malgré l'administration de quelques lavements huileux, le petit malade n'allait plus à la selle.

« Le 9 mai, à la visite, M. Giraldès, après avoir examiné la tumeur avec grand soin et s'être rendu compte de l'impossibilité où il se trouvait de réduire les intestins herniés, n'hésita pas à lever l'étranglement. Il incisa les enveloppes de la tumeur et trouva une anse intestinale qu'il reconnut être le cœcum et une partie du côlon ascendant. Après avoir repoussé cette masse à droite, il introduisit dans l'anneau ombilical un bistouri boutonné, et pratiqua sur la partie gauche de l'anneau une incision de 1 centimètre. Cette incision lui permit de réduire les anses intestinales avec la plus grande facilité, et il maintint les parties à l'aide d'un bandage approprié. Il n'y eut qu'une très-petite hémorrhagie par le fait du débridement, elle ne se renouvela pas; pour plus de sûreté, on pratiqua la ligature des enveloppes de la hernie au niveau de l'anneau ombilical.

« Aussitôt l'opération terminée, la tension du ventre diminua, les vomissements cessèrent, et l'enfant put boire un peu de lait. Dans la journée, les garde-robes se rétablirent spontanément. Mais cette amélioration remarquable ne devait pas être d'une longue durée.

« 10 mai. Le lendemain matin à la visite, M. Giraldès, en renouvelant le pansement de la tumeur, constata la présence d'un peu de pus. Pendant la nuit, l'enfant avait beaucoup crié, il avait cessé d'aller à la selle et refusait de boire.

« 11 mai. Le ventre est plus ballonné, le suintement puriforme plus considérable, et l'enfant est tellement affaissé, que tout faisait présager une fin prochaine. En effet, l'enfant succombait le soir à trois heures.

« A l'autopsie, pratiquée le lendemain matin devant MM. Giraldès et Debout, nous constatons les lésions suivantes :

« L'ouverture de l'abdomen montre une péritonite généralisée. L'anneau ombilical est rétréci et permet seulement l'introduction du petit doigt; sur le côté on voit la partie incisée pour le débridement. Le fait le plus remarquable est la présence, à la partie supérieure de l'ombilical et à la face postérieure de la paroi abdominale, d'une bride simple à son insertion pariétale et bifurquée à son insertion viscérale (fig. 12). Cette bride, formée par le péritoine, se rend d'une part au gros intestin, D, à 3 centimètres de son origine, en un point qui, en apparence, est un peu rétréci; d'autre part, elle se rend à la dernière portion de l'intestin grêle, où elle se confond avec le mésentère. La portion herniée placée en avant de cette bride, qui se trouvait dans le sac, se composait du cœcum E, d'une petite partie du côlon ascendant F, et de l'intestin grêle. Nous constatons que le côlon ascendant n'était plus à sa place dans la cavité abdominale; il remontait en avant de l'intestin grêle, à la partie médiane de l'abdomen, et, après avoir décrit quelques flexuosités, se continuait avec le côlon transverse. Le reste du gros intestin était

normalement placé et offrait son volume ordinaire. Il en était de même pour le rectum.

« Le reste des viscères abdominaux, le foie spécialement, ne présentaient aucun changement, ni dans leur situation, ni dans leur structure. Il en était de même pour tous les autres organes; à part la hernie, l'enfant était bien conformé. » (Observation recueillie par M. Jules Meunier, interne des hôpitaux.)

CONCLUSIONS.

Les hernies ombilicales congénitales se produisent aux deux périodes extrêmes de la vie intra-utérine.

Les hernies de la période embryonnaire reconnaissent pour cause un arrêt dans l'évolution du rudiment du tube digestif primitivement contenu dans la base du cordon qui, au lieu de rentrer dans la cavité abdominale, se développe en dehors de cette cavité.

On peut distinguer les tumeurs qu'elles forment en deux sortes : réductibles et irréductibles. Ce résultat est dû à ce que le foie demeure en dehors ou entre dans l'anneau ombilical.

Dans les cas de tumeur réductible, la guérison peut être abandonnée à la spontanéité de l'organisme. L'art doit se borner à faciliter l'ampliation de la cavité abdominale rétrécie, et éloigner les causes d'inflammation de la membrane interne de la tumeur dont la rétraction finit par combler la brèche que présente la paroi abdominale.

Dans les cas de tumeur irréductible, la guérison spontanée ne peut avoir lieu, et les enfants sont voués à une mort certaine. Ce résultat prouve que l'art doit intervenir immédiatement après la naissance. L'observation attentive des faits connus montre que les manœuvres chirurgicales peuvent être bornées à l'incision de l'anneau, puis, la réduction de la masse intestinale opérée, à réunir la plaie à l'aide de points de suture ; ou mieux, comme l'a fait M. Giraldès, par la simple ligature des parois de la hernie, soutenue par un bandage approprié.

Le pronostic reste toujours très-grave dans ces cas.

Quant aux hernies de la période fœtale, elles sont constituées, comme celles qui se produisent après la naissance, par la protrusion d'une anse intestinale dans la base du cordon. La cause doit en être rapportée à une compression ou à une attitude vicieuse du fœtus. Elles guérissent spontanément et ne provoquent aucun accident, toutes les fois que la ligature est placée au delà de l'extrémité du sac péritonéal.

CHIMIE ET PHARMACIE.

Emploi de la magnésie pour assurer l'assimilation de l'huile de foie de morue.

Par M. Dannecy, pharmacien des hôpitaux civils de Bordeaux.

Parmi les nombreux malades qui font usage de l'huile de foie de morue, il y en a beaucoup qui se plaignent de ne pouvoir la garder et d'être obligés de la rendre au bout de quelques heures, alors même qu'ils la prennent au commencement de leurs repas, et chose singulière, ils vomissent seulement lorsque la digestion des aliments est terminée. Consulté souvent sur ce fait et par un grand nombre de personnes prenant d'ailleurs l'huile de foie de morue sans la moindre répugnance, je leur conseillai d'ingérer après l'huile, de 50 à 60 centigrammes de magnésie calcinée, délayée dans une petite quantité d'eau. J'ai obtenu de ce moyen le succès le plus complet.

Afin de bien m'assurer si cet effet était dû à la magnésie, j'en fis suspendre l'usage. Immédiatement, les vomissements revinrent pour disparaître de nouveau sous l'influence de la magnésie. J'ai été dirigé dans le choix de cette substance par le souvenir des curieuses et intéressantes expériences du docteur Jeannel, sur l'émulsionnement des corps gras par les alcalins, et par la théorie qu'il nous a donnée de leur assimilation.

Des faits de succès très-nombreux dont j'ai été témoin depuis cette modification, m'autorisent à penser que la connaissance de ce résultat peut être utile à un assez grand nombre de malades, et me déterminent à le signaler aux lecteurs du *Bulletin de Thérapeutique*.

Poudre contre le pyrosis et la gastrorrhée.

Les deux moyens les plus vulgaires que l'on oppose à ces troubles des fonctions de l'estomac sont : l'emploi d'une cuillerée à café de magnésie calcinée, dite anglaise, que l'on délaye dans un demi-verre d'eau, et l'ammoniaque liquide à la dose de 2 ou 3 gouttes dans deux cuillerées à bouche d'eau. M. Caffe dit avoir constaté les meilleurs effets de la poudre suivante :

Pr. Magnésie calcinée................	10 centigrammes.
Sous-nitrate de bismuth neutre.....	10 centigrammes.
Gingembre......................	5 centigrammes.
Extrait d'aconit napel.............	1 centigramme.

Mêlez, pour une dose.

Ce médecin ajoute : On arrête facilement la gastrorrhée par des

fragments de glace arrondis dans la bouche, et qu'on avale avant leur entière fusion. On peut prendre pour auxiliaire 5 centigrammes de tannin, ou, ce qui est plus agréable, de la terre de cachou à la même dose.

Pommade contre les engelures ulcérées.

Les formules de topiques contre les engelures sont nombreuses; il n'en est pas de même lorsque les engelures sont ulcérées : c'est ce qui nous engage à donner la composition d'une pommade que nous avons vu prescrire avec succès par M. Mialhe.

Pr.	Cérat sans eau	20 grammes.
	Baume d'Arcœus	4 grammes.
	Baume du Commandeur	1 gramme.
	Extrait d'opium	10 centigrammes.

CORRESPONDANCE MÉDICALE.

Deux observations témoignant des bons effets des affusions froides contre l'état comateux dans la fièvre typhoïde.

«Le coma dans la fièvre typhoïde, est-il dit dans la Bibliothèque du médecin praticien, est donné comme un signe certain de mort: ce qui est vrai. » C'est contre cet état si grave que nous avons employé avec succès les affusions froides dans deux cas que nous allons rapporter avec d'autant plus de détails que c'est là, nous croyons, une application toute nouvelle de cette médication si souvent héroïque. Nous avons été amené à cet essai par les succès que ce moyen nous avait donnés dans la méningite cérébrale. Nous avons, en effet, observé que les affusions froides, peu efficaces dans la première période, la période d'irritation de la méningite, réussissaient surtout dans la période comateuse, dans laquelle elles produisaient souvent de véritables résurrections. Nous en avions conclu que les affusions froides agissaient moins contre l'inflammation méningée que contre l'*élément coma* lui-même, pour adopter le langage de notre savant et regretté maître, le professeur Forget; et nous nous étions proposé de les employer dès que nous rencontrerions cet élément dans une maladie aiguë, l'expérience a justifié nos prévisions, et cela non-seulement pour la fièvre typhoïde, mais encore dans la période comateuse de l'éclampsie. Voici nos deux observations de fièvre typhoïde.

Obs. I. Joséphine Langard, âgée de dix-sept ans, de Burcy-la-

Côte, me fait appeler le 9 juin 1858. Malade depuis deux jours, elle se plaint d'une céphalalgie violente, d'une grande faiblesse ; la nuit a été agitée. La veille, la malade a eu une épistaxis ; le pouls est à 115, plein ; la face un peu vultueuse ; la langue est blanche au milieu, rouge sur les bords ; le ventre est indolore ; un peu de gargouillement dans la fosse iliaque droite ; constipation depuis deux jours ; rien du côté des autres organes. Prescription : 4 sangsues à chaque tempe ; calomel, 0,40 ; bouillon.

Le 10 juin. La céphalalgie est moindre ; la fièvre toujours la même. La malade a eu trois selles bilieuses. Prescription : trois lavements émollients par jour ; bouillon.

Les 11, 12, 13 juin. La céphalalgie a cessé, mais les autres symptômes typhoïdes se sont prononcés davantage. La fièvre typhoïde est plus caractérisée ; les narines deviennent pulvérulentes, la langue se dessèche, les dents se couvrent d'un enduit fuligineux noir, le ventre est légèrement ballonné ; pas de taches lenticulaires. Prescription : calomel, 0,25 ; bouillon, eau froide pour boisson.

Le 14. Il y a un peu de salivation, *statu quo* pour le reste. Prescription : potion avec 4 grammes de chlorate de potasse.

Le 16 juin. La salivation a cessé ; la fièvre est toujours la même ; pouls à 120 ; ventre un peu météorisé ; prostration toujours assez forte ; commencement d'escarre au sacrum. Prescription : sirop de quinquina, 50 grammes ; bouillon souvent répété.

Les 17, 18. État typhoïde toujours prononcé ; pouls à 120 ; langue sèche, fendillée ; lèvres et dents noires ; escarre d'une étendue d'une pièce de 5 francs. La malade tousse un peu, quelques râles muqueux disséminés dans la poitrine ; respiration un peu accélérée. Prescription : looch blanc, sirop de quinquina ; bouillon.

Le 19. La prostration a encore augmenté. La malade est dans un état soporeux continuel, mais dont on la retire facilement ; la toux n'a pas augmenté, ni l'oppression ; l'intelligence est lente, mais nette ; le ventre est météorisé ; pas de selles depuis deux jours. Prescription : vésicatoire à la nuque, sulfate de magnésie, 30 grammes ; vin de quinquina, 50 grammes ; bouillon.

Les 20, 21, 22, 23 juin. Mêmes symptômes ; même traitement ; le sulfate de magnésie a provoqué deux selles.

Le 24. L'état soporeux est plus profond ; quelques symptômes ataxiques ; délire tranquille. Prescription : vin de quinquina, 100 grammes ; looch blanc ; bouillon.

Le 26. La malade est plongée dans un coma profond, carphologie ; dents noires ; langue noire, rugueuse ; escarre au sacrum d'une étendue de deux pièces de 5 francs ; paralysie de la vessie. Prescription : sonder la malade deux fois par jour ; vin de quinquina, sinapismes sur les extrémités inférieures ; affusions froides (un arrosoir de jardin d'eau froide versé toutes les demi-heures sur la tête, d'une hauteur de 40 centimètres).

Le 27. Même état ; continuation des affusions froides.

Le 28 juin. La malade a commencé à donner quelques signes de sensibilité le 27 au soir. Dans la nuit du 27 au 28, l'intelligence est revenue ; la malade a de nouveau répondu aux questions qu'on

lui adressait. Prescription : cesser les affusions; vin de quinquina.

Le 29. La langue est plus humide; la paralysie de la vessie n'a cessé que le matin; une selle involontaire dans la journée; l'escarre se détache. Traitement *ut suprà*.

Les 30 juin, 1er, 2 et 3 juillet. Le mieux se soutient; pouls à 110; la malade demande à manger et à boire. La plaie du sacrum est rouge et se couvre de bourgeons charnus. Plus de stupeur dans la physionomie; selles volontaires; miction normale. Prescription : vin de quinquina; bouillon; limonade vineuse pour boisson.

Les 5 et 6 juillet. La fièvre est plus forte, la parole brève et animée; la plaie du sacrum redevient grisâtre; rien, du reste, de spécial du côté d'aucun organe. Prescription : vin de Bordeaux, vin de quinquina ou malaga; bouillon.

Le 7 juillet. La plaie du sacrum est de nouveau noire; la malade ne demande plus à manger; même état pour le reste; pas de stupeur; ventre souple; rien du côté de la poitrine. Prescription : vin de quinquina; pilules avec extrait de quinquina, bouillon; on couche la malade sur le côté.

Le 9 juillet. Il s'est formé une escarre au milieu de l'épine iliaque gauche; pouls à 135, faible; la malade prend ce qu'on lui donne, mais ne demande plus rien; ventre un peu ballonné, douloureux dans la fosse iliaque droite. Prescription : vin et pilules de quinquina; limonade sulfurique.

Le 11 juillet. Nouvelle escarre au niveau de l'épine iliaque droite. On avait fait coucher la malade sur le côté gauche. La faiblesse est extrême. L'intelligence cependant est encore nette; le ventre est rétracté; rien du côté de la poitrine. Traitement *ut suprà*.

Le 14 juillet. Nouvelle escarre sur l'addomen. On avait essayé de coucher la malade sur le ventre.

Le 15 juillet. Carphologie; soubresaut de tendons; prostration portée au plus haut point. Mort le 16 juillet.

On trouvera peut-être étrange que nous citions, comme premier exemple de succès et d'efficacité des affusions froides, un cas qui s'est terminé par la mort; mais si l'on veut bien examiner attentivement les faits, on verra que nos conclusions sont fondées. Quel était, en effet, l'état de notre malade, le 26 juin, dix-huitième jour de sa maladie? Langue noire, comme brûlée; dents et lèvres noires, fuligineuses; ventre ballonné; paralysie de la vessie; escarre au sacrum, carphologie, coma profond et complet; en un mot, état tellement grave, qu'on devait craindre la mort au bout de vingt-quatre à quarante-huit heures au maximum. Eh bien, sous l'influence des affusions froides, il se produit une amélioration presque miraculeuse. La sensibilité et l'intelligence, complétement éteintes, renaissent; la langue redevient humide, les fonctions du ventre se rétablissent, la paralysie de la vessie cesse, l'escarre du sacrum se déterge; la plaie devient rose, se couvre de bourgeons charnus;

enfin la malade présente tous les signes d'une convalescence franche. Pourquoi ce mieux ne s'est-il pas maintenu ? C'est que probablement une nouvelle éruption typhoïde s'est faite dans les intestins; c'est qu'une nouvelle fièvre typhoïde est venue se greffer sur la première, et que la malade, déjà profondément anémiée, n'a plus eu assez de force de réaction pour résister à cette seconde maladie. Ajoutons en plus que la fièvre typhoïde sévissait alors à Burey-la-Côte, et que l'épidémie se faisait remarquer par un caractère de malignité et de gravité extrêmes. Dès les premiers jours, les malades étaient plongés dans une adynamie profonde, tellement que nous avons rencontré des escarres au sacrum dès le dixième jour, et que, chez un autre malade, un vésicatoire appliqué sur le dos, contre une complication thoracique au sixième jour, était transformé en une vaste escarre au neuvième jour. Si, du reste, il restait quelque doute sur l'efficacité de la méthode dans ce cas, voici une seconde observation où le succès a été complet.

Obs. II. Le 30 octobre 1860, je suis appelé auprès d'Albert Devoge, de Pagny-la-Blanche-Côte, âgé de seize ans; indisposé depuis trois jours, le malade se plaint d'un peu de céphalalgie, d'inappétence, de faiblesse; pas de diarrhée, plutôt de la constipation, pouls à 110; l'examen des organes n'apprend rien pour le moment. Prescription : potion à l'huile de ricin, 30 grammes.

Le 4 novembre. *Statu quo.* La céphalalgie n'a ni augmenté ni diminué; la fièvre est la même, la langue blanche, humide. Sous l'influence de l'huile de ricin, le malade a eu trois selles. Depuis il a eu tous les jours une selle provoquée par un lavement émollient. Expectation.

Le 8 novembre. Toujours même état. La maladie ne peut se diagnostiquer pour ainsi dire qu'en vertu de l'axiome de Chomel : « Toute fièvre continue qui dure plus de dix jours, sans localisation est une fièvre typhoïde. » Prescription : tisane d'orge, lavements émollients; bouillon.

Le 10 novembre. J'avais vu le malade l'avant-veille, dans un état relativement très-satisfaisant. Aujourd'hui son état a empiré d'une façon extraordinaire, sans cause connue. La physionomie est tout à fait typhoïde; les narines sont pulvérulentes, la langue sèche, les dents un peu fuligineuses; abdomen souple, indolore. Prescription : calomel 0,30, 4 lavements émollients par jour; vin de quinquina, 30 grammes; bouillon.

Le 12 novembre. La prostration n'a pas augmenté, la langue est plus sèche, noire et raccornie; délire depuis hier, ventre météorisé, urines volontaires, pas de selles. Prescription : lavement laxatif avec séné et sulfate de magnésie; vin de quinquina, 60 grammes par jour.

Le 15 novembre. Etat typhoïde toujours très-prononcé; délire presque continuel, même état des autres organes, pouls à 130.

Prescription : vin de quinquina, 100 grammes, 5 gouttes de laudanum contre le délire.

Le 16 novembre. Le délire persiste, mais est plus calme; la nuit a été tranquille, pas de mieux pour le reste. La prostration a augmenté ; escarre au sacrum grand comme une pièce de deux francs. Le malade ne demande plus rien, mais se réveille facilement et prend ce qu'on lui donne ; selles et urines involontaires. Prescription : café noir à la glace, 100 grammes ; vin de quinquina, bouillon, sinapismes promenés sur les extrémités inférieures.

Les 17 et 18 novembre. Même état, même traitement.

Le 19 novembre. Adynamie plus prononcée, même prescription. Je reviens le soir et trouve le malade dans un coma complet ; impossible de le réveiller ; on ne voit qu'il existe que parce qu'il respire, encore la respiration est-elle très-accélérée ; pouls à 125, régulier ; ventre météorisé, urines toujours spontanées. Prescription : lavement laxatif, *ut suprà*; café à la glace, vin de quinquina, 200 grammes; affusions froides sur la tête, toutes les demi-heures; sinapismes sur la poitrine.

Le 20 novembre. Le malade qui, le matin, n'avait présenté nul changement, donne quelques signes de sensibilité le soir. Il se plaint et s'agite lorsqu'on lui verse l'arrosoir d'eau, mais il ne parle pas encore ; même traitement.

Le 21 novembre. Le malade a prononcé quelques paroles dans la nuit. Il a eu une selle très-abondante. Je le trouve encore endormi; mais en le secouant un peu, il ouvre les yeux et fait ce qu'on lui commande, comme d'ouvrir la bouche, de tirer la langue; le reste du temps il est endormi ou pousse des plaintes. Cesser les affusions froides, continuer le reste.

Les 22 et 23 novembre. Même état, même traitement.

Les 24 et 25 novembre. Le mieux persiste; le malade reconnaît tout le monde ; il répond aux questions qu'on lui adresse; les selles et les urines sont toujours involontaires ; pas de changement du côté de l'escarre ; traitement *ut suprà*.

Le 27 novembre. L'amélioration persiste ; mais le malade entre en convalescence très-lentement. Il a toujours des selles involontaires; l'appétit ne revient pas. Prescription : vin de quinquina, 250 grammes par jour.

Le 6 décembre. C'est à partir de ce jour seulement que la convalescence est franche ; le malade demande à manger ; le pouls n'est plus qu'à 100; les selles sont volontaires; l'expression de la figure normale; l'escarre du sacrum se cicatrise. Prescription : vin de quinquina, 100 grammes.

Le 15 janvier. Du 6 décembre au 15 janvier, rien de particulier. Au 15 janvier la guérison peut être considérée comme complète, à l'exception toutefois d'une paralysie de l'annulaire et du petit doigt droits ; paralysie qui a disparu spontanément au bout de quelques mois.

Voilà, certes, une fièvre typhoïde dont on ne saurait contester la gravité, et où l'on sera forcé de reconnaître que les affusions froides

ont été d'un puissant secours. Certes, les moyens habituels : café noir à la glace, vin de quinquina, sinapismes promenés continuellement sur les extrémités et le tronc ont pu contribuer à l'heureux résultat ; mais remarquons qu'employés seuls avant les affusions, ces moyens avaient été impuissants. Aux affusions froides revient donc tout le succès, c'est ce qui ressort évidemment des détails de notre observation ; mais c'est ce qui paraît incontestable surtout pour celui qui a pu assister *de visu* à toutes les phases du drame morbide. Nous croyons que les toniques largement employés ont été principalement utiles pour maintenir le mieux amené par les affusions froides.

D[r] Hagen,
à Maxey-sur-Vaise.

RÉPERTOIRE MÉDICAL.

Cancer de la langue (*Effets de la section du nerf lingual et de la ligature de l'artère du même nom, dans quelques cas de*). Nous avons relaté en 1851 (t. XLI, p. 92), en ajoutant quelques réflexions sur la légitimité des opérations palliatives, un cas d'ulcération cancéreuse de la langue où M. Hilton, chirurgien de l'hôpital de Guy, eut l'idée de pratiquer la section du principal nerf sensitif de cet organe chez un malade de son service, pour le soustraire aux douleurs excessives et rebelles auxquelles elle était en proie. Cette opération qui, depuis cette époque, n'avait été faite par personne, que nous sachions, pas même par son auteur, malgré les avantages qu'il en avait obtenus, vient d'être reprise par M. Charles H. Moore.

Le procédé consiste à diviser les parties molles sur la face interne de la branche du maxillaire inférieur, par une incision commençant derrière la dernière molaire et se prolongeant d'environt trois quarts de pouce dans la direction de l'angle de la mâchoire. Les seuls tissus intéressés sont la membrane muqueuse, une portion du muscle mylo-hyoïdien et le nerf lingual lui-même, qui descend en avant à environ un demi-pouce de la dent, en formant un angle presque droit avec la direction de l'incision.

Cette opération, on le comprend, n'est applicable qu'aux cas où le cancer occupe la partie antérieure de la langue, le nerf lingual ne se distribuant qu'à cette partie, tandis que les deux cinquièmes postérieurs reçoivent, comme on sait, les rameaux terminaux du glosso-pharyngien et quelques rameuscules émanés du laryngé supérieur.

M. Moore a pratiqué la section du nerf lingual dans cinq cas de cancer de la langue. Le soulagement fut immédiat. La salivation, l'extrême sensibilité de la partie affectée, les douleurs vives dont elle était le siége ou qui, par irritation réflexe, se faisaient sentir sur d'autres points du nerf de la cinquième paire, disparurent à l'instant, en même temps, bien entendu, que la sensibilité gustative était abolie du côté opéré, dans toute la partie de l'organe située en avant du pilier antérieur du pharynx. Au bout de quelques jours, quand la plaie résultant de l'incision fut cicatrisée, les malades purent prendre des aliments, avaler, parler avec une aisance relative très-remarquable ; le sommeil revint, la santé générale s'améliora.

Dans un de ces cas, à la section du nerf lingual, qui nous semble constituer un moyen, une ressource à ne pas négliger chez les malades tourmentés par des symptômes locaux très-pénibles et qu'on ne peut réussir à calmer autrement, M. Moore a ajouté une autre opération qui, à notre avis, est beaucoup moins justifiable, et sur le mérite de laquelle, du reste, mérite parfaitement négatif, l'expérience a

déjà prononcé. Il s'agit de la ligature de l'artère linguale essayée, mais sans succès, par Anussat, pour arrêter les progrès du cancer de la langue. A la suite de cette ligature, dans le cas de M. Moore, la tumeur d'abord pâlit et diminua de volume, mais elle ne tarda pas à recommencer de s'accroître, et le malade refusa de se laisser lier l'artère du côté opposé, comme le lui proposait le chirurgien. (*British med. journ.*, décembre 1861.)

Exostose *de l'apophyse transverse gauche de la septième vertèbre cervicale; accidents causés par la compression des vaisseaux et des nerfs voisins; excision suivie de succès.* Les exostoses des vertèbres sont une affection assez rare et dont le diagnostic est loin d'être facile. Proéminent-elles à l'intérieur du canal rachidien, elles donnent lieu à des phénomènes de compression de la moelle, et comme ces phénomènes peuvent dépendre de plusieurs causes différentes, leur point de départ réel peut être méconnu. Ont-elles, au contraire, leur siége à la surface extérieure des vertèbres, elles ne peuvent être diagnostiquées d'une manière certaine que quand elles sont situées assez superficiellement pour être accessibles à l'exploration directe. Voici un exemple où une tumeur de ce genre développée sur la septième vertèbre cervicale ayant donné lieu, en raison de son siége, à des accidents particuliers très-sérieux, put être reconnue par le chirurgien et excisée avec succès, malgré les difficultés que présentait la région.

Charlotte D**, âgée de vingt-six ans, entre à l'hôpital Saint-Barthélemy, de Londres, le 22 mars dernier. Elle portait depuis son enfance une grosseur à la partie inférieure du cou, du côté gauche. Au moment de son entrée à l'hôpital, cette grosseur à le volume d'une forte noix, elle fait une saillie considérable en avant et présente des battements énergiques, à la manière d'une tumeur anévrysmale. Ces battements viennent de l'artère sous-clavière qui passe au-devant et qui se trouve comprimée par la tumeur. Depuis peu il est survenu de la douleur dans les muscles du bras et au voisinage du coude, et la nuit aux extrémités des doigts. Les pulsations radiales sont absentes au poignet gauche. La santé générale est d'ailleurs très-bonne. L'ablation de la tumeur ayant été décidée en consultation, M. Coote, le chef du service, pratiqua cette opération le 30 mars. On avait affaire à une région peu commode pour tout procédé opératoire réclamant l'emploi de l'instrument tranchant. L'artère et la veine sous-clavière étaient au-devant de la tumeur, le plexus brachial au-dessus; au-dessous le sommet du poumon, recouvert par la plèvre, s'élevait jusqu'à une proximité dangereuse; sur le scalène antérieur était le nerf phrénique; vers la ligne médiane se trouvaient les vaisseaux et nerfs importants, se rendant à la tête et en même temps les vaisseaux vertébraux et le canal thoracique. On peut comprendre quelle circonspection il fallut apporter dans le manuel opératoire. Après avoir pratiqué les incisions convenables, l'opérateur se fit sa voie vers la partie postérieure de la tumeur, juste en avant du muscle trapèze, et repoussa de côté les nerfs qui étaient aplatis sur la surface supérieure; il divisa alors le pédicule de la tumeur au point où il s'attachait à la vertèbre, et il crut pouvoir l'extraire; mais il trouva qu'elle était encore retenue, ayant d'autres adhérences osseuses, très-probablement avec la première côte. En conséquence, il attira au dehors la partie la plus saillante et enfin détacha les prolongements encore adhérents à l'aide de pinces tranchantes. Il n'y a pas eu d'hémorrhagie; mais l'opération a été difficile et extrêmement périlleuse, car toute déviation à droite ou à gauche aurait pu avoir des conséquences désastreuses pour la malade.

A la suite de cette opération, le plus grand nombre des symptômes dont se plaignait la malade ont disparu. La température du membre s'est relevée avec rapidité, l'engourdissement des doigts a cessé graduellement; on ne sent pas de pulsations dans les artères, soit radiale, soit cubitale; mais il en existe dans l'artère brachiale.

M. Coote pense que la compression longtemps continuée sur le tronc artériel principal, à sa partie supérieure, a pu entraîner l'oblitération des artères radiale et cubitale. Cependant, comme l'engourdissement a tout à fait disparu, comme la température du bras est la même que celle du membre opposé, il est à espérer que les bons effets de l'opération resteront permanents.

Le 27 avril, la plaie était presque complétement cicatrisée, et il n'était pas douteux que la malade ne pût incessamment sortir de l'hôpital dans un état excellent sous tous les rap-

ports. (*The Lancet* et *Union méd.*, octobre 1861.)

Kirsch. *Des accidents produits par cette boisson prise à hautes doses.* Le kirsch ou eau de cerise était, il y a quelques années, un produit qui nous venait presque uniquement des pays qui avoisinent la forêt Noire ; mais sa fabrication, comme le démontre un mémoire présenté par M. Gaudon au Conseil d'hygiène du Blanc, département de l'Indre, s'est aussi étendue dans le Berri. Le kirsch, comme on le sait, doit en grande partie le goût particulier qui le distingue à des quantités variables d'acide cyanhydrique qu'il renferme. La science possède un certain nombre d'exemples d'empoisonnements produits par son ingestion à hautes doses. Cet accident s'est montré plusieurs fois dans quelques cantons du département de l'Indre, et c'est sur ces faits que M. Gaudon appelle l'attention du Conseil d'hygiène.

Dans un premier cas, il s'agit d'un homme de trente ans qui, pour combattre un refroidissement, prit à une demi-heure d'intervalle plusieurs verres de kirsch, et fut pris tout à coup de paraplégie avec incontinence d'urine et des matières fécales ; fièvre intense ; puis survinrent des mouvements ataxiques, des vomissements verdâtres, une teinte ardoisée de tout le corps, et le malade succomba le huitième jour après l'apparition des accidents.

Le deuxième malade mourut également le huitième jour, après avoir présenté des symptômes analogues à la suite de l'ingestion d'une forte dose de kirsch.

Le troisième fait manque de détails; il s'agit d'un enfant de quatorze ans qui mourut cinq heures après l'apparition des accidents. (*Gaz. méd.* et *Gaz. hebd.*, novembre.)

Larmoiement *par oblitération du conduit lacrymal inférieur. Application du procédé de Bowman. Guérison.* Nous avons signalé, les premiers, le procédé donné par Bowman pour remédier à l'oblitération du conduit lacrymal inférieur. Nous ne devons pas laisser échapper l'occasion de rapporter un exemple d'une nouvelle application heureuse de ce procédé. On se rappelle que Bowman emploie, après l'avoir fait canneler, un de ces petits stylets qui servent de cathéters dans les cas d'obstruction du sac lacrymal ; introduisant cet instrument dans le conduit inférieur, jusqu'à ses limites, il place dans la cannelure le dos d'un bistouri dont il met la pointe en rapport avec le méat; puis, faisant glisser le bistouri le long de la sonde cannelée, il incise le conduit dans toute sa longueur. L'incision est faite un peu postérieurement à la direction du bord libre de la paupière. Le lendemain de l'opération et les jours suivants on maintient les lèvres de la plaie écartées en passant un stylet dans le conduit. Il résulte de là que les larmes peuvent pénétrer dans le conduit ainsi converti en une véritable rigole qui se trouve en rapport avec les larmes contenues dans le sac lacrymal.

Voici l'observation que rapporte M. Desmarres fils :

Le 28 février dernier, se présente à la clinique une dame G***, âgée de quarante ans, se plaignant d'avoir un larmoiement de l'œil droit, qui date de quinze mois. L'examen du méat et de ses rapports avec le sac lacrymal a fait reconnaître que l'obstruction était dans les voies lacrymales proprement dites. Il n'y avait pas de déviation du conduit, ce dont on s'est assuré en faisant regarder la malade en haut, la partie postérieure du bord libre de la paupière se trouvant dans toute son étendue en rapport avec le globe oculaire. En faisant avec la seringue d'Anel une injection dans les voies lacrymales par le conduit supérieur, le liquide passait immédiatement dans les fosses nasales, tandis qu'en projetant l'eau par le conduit inférieur on sentait une résistance insurmontable, et le liquide se trouvait arrêté, ce qui donna la certitude que le point d'arrêt ne pouvait se trouver que dans le conduit inférieur. Après avoir employé les injections répétées quotidiennement, après avoir aussi tenté le cathétérisme, M. Desmarres a pensé que tous ces moyens seraient inutiles, et il s'est décidé à pratiquer l'opération de M. Bowman. La malade fut opérée le 6 mars, les lèvres de la plaie ont été pendant trois jours maintenues écartées et le larmoiement n'a pas reparu. (*Monit. des sciences méd.*, octobre 1861.)

Menstruation (*Nouveaux exemples d'hématémèse supplémentaire de la*). Nous avons publié récemment une des formes les plus rares des hémorrhagies supplémentaires des règles; par opposition, nous voulons mentionner une des formes les plus communes. Dans cette communication de M. le

docteur Fabre, il s'agit de deux malades de St. Bartholomew's hospital; chez toutes deux les règles étaient remplacées par un vomissement de sang d'une périodicité parfaite. Voici le résumé succinct de ces deux observations :

Obs. I. Une fille de vingt-quatre ans, exerçant la profession de domestique, avait été réglée pour la première fois à l'âge de vingt-deux ans. Cette fille était pâle et légèrement chlorotique. Les règles normales n'ont apparu que quatre fois, et elles ont été remplacées par une hématémèse mensuelle; sans être jamais très-abondante, la quantité de sang vomi était très-variable. A chaque époque menstruelle, la malade éprouvait des nausées très-pénibles. On la mit à l'usage de pilules composées d'aloès et de myrrhe, et on lui fit prendre une mixture de vin ferrugineux et d'infusion de quassia. Sous l'influence de ce traitement, l'état général s'améliora notablement; mais, au bout de quinze jours, une éruption eczémateuse se développa sur la face, et l'on suspendit l'administration du fer. Au bout de quelques mois de séjour à l'hôpital, le vomissement de sang a cessé, mais les règles ne se sont pas rétablies; il n'est donc pas probable que la guérison soit définitive.

Obs. II. Une couturière, âgée de vingt-huit ans, avait cessé de voir ses règles depuis trois mois; l'écoulement menstruel avait été remplacé depuis cette époque par une hématémèse périodique. La malade était constipée; elle souffrait d'une céphalalgie continuelle, et éprouvait quelques douleurs dans le ventre. Avant son départ de l'hôpital, les accidents avaient cessé, et les règles avaient repris leur cours normal.

Quelques remarques me semblent nécessaires, dit M. Jacond. On sait que l'hématémèse est la plus fréquente des hémorrhagies supplémentaires : signalée il y a longtemps déjà par Benivenius, Roderic a Castro, Hoffmann, Stalpart van der Wiel, le vomissement de sang par suppression des règles a toujours été noté depuis lors comme une des variétés les plus intéressantes, au double point de vue du pronostic et du traitement; néanmoins, les exemples bien authentiques sont encore assez rares pour que je n'aie point hésité à consigner ici les deux nouveaux faits rapportés par la *Lancette*. Je dois dire toutefois que ces deux observations manquent de certains détails importants, et que cette lacune leur enlève une partie de leur valeur. Il est regrettable, en effet, qu'il ne soit pas fait mention de l'état des organes génitaux; un examen complet de l'appareil utérin eût peut-être révélé la cause de l'aménorrhée, et jeté quelque lumière sur le mode de production de cette singulière anomalie. Les ovaires méritaient surtout d'attirer l'attention, car l'hémorrhagie n'est, en réalité, que l'un des éléments de la menstruation, et je ne sache pas que jusqu'ici les médecins qui ont observé des *règles déviées* se soient suffisamment préoccupés de l'ovulation : il y a là, ce me semble, un véritable désidératum. (*The Lancet* et *Gaz. hebd.*, décembre.)

Solanine (*Effets physiologiques et action thérapeutique de la douce-amère et de la*). M. Caylus, de Leipsig, a entrepris une série d'expériences pour déterminer avec exactitude les effets de la douce-amère et de son principe actif, la solanine. D'après ce professeur, ces substances exercent une action paralysante sur la moelle allongée, et une action excitante sur les nerfs. Elles déterminent la mort en produisant la paralysie de l'appareil musculaire de la respiration, par une action analogue à celle de la conicine et de la nicotine. Elles possèdent une action thérapeutique sur les spasmes et les états d'irritation des organes respiratoires dans la toux spasmodique simple, la coqueluche et l'asthme spasmodique. Leur action thérapeutique dans certaines conditions morbides du sang, tels que la goutte, le rhumatisme, la syphilis constitutionnelle, et peut-être dans certaines maladies chroniques de la peau, paraît due à l'accroissement de l'activité de l'excrétion rénale, au moyen de laquelle se trouvent éliminées les parties constituantes du sang provenant de la décomposition des tissus, et non à l'excitation de l'action de la peau. La solanine et la douce-amère peuvent être administrées sans danger dans les états inflammatoires de l'estomac et du tube intestinal, car elles n'exercent aucune action sur ces organes. L'inflammation des organes respiratoires ne constitue pas une contre-indication à l'emploi de la douce-amère et de la solanine; mais elles sont contre-indiquées dans l'inflammation des reins. La dose moyenne de solanine pour un adulte est de 1 à 5 centigrammes d'acétate de solanine, composé que M. Caylus préfère à l'alcaloïde

pur, à cause de sa solubilité. Le mode d'administration le plus convenable est la forme pilulaire, les sels de solanine ayant un goût extrêmement désagréable. L'extrait obtenu en traitant par l'alcool, puis par l'eau pour déplacer l'alcool, est préférable à l'extrait aqueux généralement employé. (*Dublin Hosp. Gaz.*, et *British med. journ.*, mai 1861.)

Thérapeutique (*Des moyens physiques et mécaniques en*). Dans une brochure publiée récemment par M. le docteur Ferran, on trouve diverses indications de moyens physiques et mécaniques de traitement qui nous ont paru mériter d'être mises sous les yeux de nos lecteurs. Voici quelques-unes de ces indications.

1° *Palper abdominal comme moyen purgatif dans la fièvre typhoïde.* On peut provoquer des évacuations alvines avec la main seule chez les sujets atteints de fièvre typhoïde, dont les intestins ne se contractent pas avec assez d'énergie pour chasser les matières liquides qu'ils contiennent. Il suffit, pour exécuter cette purgation manuelle, d'incliner un peu le malade sur le côté gauche, et avec la main posée à plat, les doigts exerçant une suffisante pression, de conduire lentement les matières accumulées dans la poche iléo-cœcale depuis la fosse iliaque gauche, en lui faisant suivre l'arc du côlon.

2° *Palper abdominal purgatif dans l'accumulation des matières fécales.* La purgation manuelle réussit encore très-bien dans les cas d'accumulation de matières fécales. Mais, avant d'employer ce moyen, il convient préalablement de donner un- ou plusieurs lavements, de faire coucher passagèrement le malade sur le côté droit, et, par une manœuvre inverse, d'amener le liquide jusqu'à la valvule iléo-cœcale. Des pressions moelleuses faites de bas en haut pour remonter le côlon descendant, puis de gauche à droite pour le côlon transverse, enfin de haut en bas pour descendre le côlon ascendant; un léger massage pratiqué sur les tumeurs feront très-bien arriver le liquide jusqu'à la fosse iliaque droite, et alors on agira comme il a été dit plus haut.

3° *Palper abdominal purgatif dans la tympanite.* Dans certains cas de tympanite, la purgation manuelle peut être couronnée de succès. Voici comment procède en pareilles circonstances M. le professeur Piorry : Lorsqu'on s'est bien assuré, par le toucher du rectum, qu'il ne s'y trouve pas d'obstacle mécanique à la sortie des fluides élastiques, lorsqu'on s'est bien assuré que l'accumulation des gaz ne peut être attribuée qu'à l'atonie du tube digestif et à l'extrême dilatation de celui-ci, on peut employer avec succès les pressions sur l'abdomen. On commence par les pratiquer sur la région iliaque gauche, et de haut en bas, de sorte que l'on conduise ainsi les fluides élastiques du côlon vers le rectum; ensuite on réitère la même manœuvre d'abord sur le côlon descendant, puis sur la région occupée par le côlon transverse et ascendant, sur le cœcum, et enfin, sur l'intestin grêle. C'est avec assez d'énergie que de semblables pressions devront être faites ; elles consisteront en des mouvements doux, en frictions dirigées jusque dans la profondeur de l'abdomen.

4° *Compression épigastrique contre le hoquet.* Le hoquet cesse presque instantanément au moyen d'une ceinture qui comprime plus ou moins fortement les fausses côtes et le creux épigastrique; quelquefois une pelote, un tampon est utile dans ce dernier cas. Cette compression a réussi contre la plupart des hoquets persistants, contre le hoquet avec tympanisme, et contre les hoquets des typhoïques. Dans un cas de hoquet rebelle à tous les remèdes, et qui persistait depuis plusieurs mois, il a fallu un bandage permanent, et que la malade a porté plusieurs années. Chaque fois que le bandage était ôté, le hoquet revenait avec une violence extrême; il cessait subitement dès que le bandage était replacé. (*Rev. méd.*, octobre 1861.)

Vermineuse (*Endémicité de la diathèse*) *dans certaines contrées.* La prédisposition aux affections vermineuses et l'influence que cette cause exerce sur le développement de certaines maladies de l'enfance, sont extrêmement différentes selon les localités dans lesquelles on les observe. Ainsi, tandis qu'à Paris l'affection vermineuse est tellement rare que beaucoup de médecins la nient, on constate, au contraire, dans le midi et l'ouest de la France, que les accidents vermineux se présentent avec une gravité particulière. C'est ainsi qu'à Bordeaux, par exemple, M. le docteur Le Barillier, médecin de l'hôpital des Enfants, a observé un grand nombre de faits dans lesquels l'existence de vers in-

testinaux a joué un rôle important. Pour se rendre compte de la fréquence des maladies vermineuses à l'hôpital des Enfants de Bordeaux, dit M. Le Barillier, il suffit de songer aux conditions hygiéniques fâcheuses au milieu desquelles la plupart des enfants de l'hospice sont appelés à vivre. Ces enfants, quelques jours après leur naissance, sont confiés à des nourrices qui s'empressent, pour la plupart, de leur faire ingérer des aliments féculents : ce fait explique comment il a été possible de constater la présence d'ascarides lombricoïdes chez des enfants au sein, âgés de six mois à un an. Sur 125 autopsies d'enfants au-dessous d'un an, M. Le Barillier a trouvé quatre fois dans l'intestin un ou plusieurs ascarides ; et M. Guillé, interne dans le même hôpital, en a rencontré quatre dans l'intestin d'un enfant de dix mois, qui avait succombé à des convulsions éclamptiformes. Une remarque importante qu'a faite M. Le Barillier, c'est qu'il n'a jamais trouvé de lombrics à cet âge de la vie que chez des enfants revenant de la campagne, et auxquels, conjointement avec le lait, on avait donné une alimentation féculente. Chez les enfants d'un âge plus avancé et qui sont, en général, mal nourris et mal logés, la diathèse vermineuse existe presque constamment. Ces enfants arrivent à la ville avec un visage pâle et bouffi, le regard éteint, les pupilles dilatées, les muqueuses décolorées, les ganglions cervicaux engorgés ; chez eux, la vie est peu active, les mouvements sont lents, la parole embarrassée, l'intelligence peu développée ; ils sont presque tous entachés de lymphatisme, et l'abdomen est proéminent ; les digestions laborieuses, avec des alternatives de constipation et de diarrhée. Il est bien rare que si, à leur arrivée, on leur administre le plus léger vermifuge, on ne trouve pas dans les garde-robes deux ou trois ascarides lombricoïdes.

Voici, parmi les divers faits que M. Le Barillier rapporte à l'appui des considérations générales qui précèdent, une observation d'affection vermineuse, avec convulsions éclamptiformes, suivie de guérison :

Obs. Henriette, âgée de six ans, ramenée de la campagne sur la demande du médecin inspecteur, parce qu'elle était atteinte de convulsions, entre à l'infirmerie le 5 mai. Elle a les yeux hagards, les pupilles dilatées ; les muqueuses sont décolorées ; l'enfant est anémique ; les mouvements du cœur sont irréguliers et tumultueux ; les fonctions digestives se font assez bien ; mais l'appétit est capricieux, irrégulier ; les convulsions dont on la dit atteinte se reproduisent trois ou quatre fois la semaine ; elles sont cloniques et durent de six à huit minutes chaque fois.

Le lendemain, à huit heures du matin, une heure après son repas, l'enfant est prise, sans cause appréciable, d'une violente convulsion qui dure cinq minutes : c'est la convulsion éclamptiforme avec ses symptômes caractéristiques. Au moment de la visite, vers neuf heures, le calme était revenu, et l'enfant ne paraissait avoir éprouvé rien d'anormal ; il ne lui restait qu'une accélération extrême du pouls et un peu d'abattement. Le 17, mêmes phénomènes convulsifs, à midi. Expulsion d'un ascaride lombricoïde. L'enfant est parfaitement bien pendant quatre jours. Le 21, elle est reprise de convulsions. (Calomel à dose fractionnée, 15 centigrammes dans la journée.) Cette médication est continuée pendant trois jours ; l'enfant évacue trois ascarides lombricoïdes, et, depuis lors, elle n'a plus eu une seule convulsion. (*Jour. de méd. de Bordeaux*, octobre 1861.)

Vers (*Observation de laryngisme produit par la présence de*). Le laryngisme, lorsqu'il se montre chez une fille de l'âge de la malade dont M. le docteur Lussana nous fournit l'observation, est, en général, rapporté plutôt à l'hystérie qu'à la vermination. Il peut en être autrement ; en voici la preuve.

Obs. Une fille de vingt-deux ans, dont la santé avait toujours été excellente, fut prise, vers le milieu du mois d'avril 1860, de roideur musculaire ; elle éprouvait en même temps de la dyspnée et un sentiment de constriction à la gorge. Néanmoins elle put encore vaquer à ses occupations pendant trois ou quatre jours ; mais, le 16 avril au matin, elle fut atteinte d'un véritable accès de suffocation. Appelé en toute hâte, le docteur Pietro Lussana trouva sa malade dans l'état que voici : elle est debout, soutenue par deux femmes ; elle agite incessamment la tête et les bras ; elle pousse des cris étouffés ; elle porte fréquemment les mains sur la région laryngienne, et dit que là est tout son mal. La respiration est difficile ; la pupille est tellement dilatée, qu'on n'aperçoit

plus qu'un segment très-étroit de l'iris. L'intelligence est parfaitement intacte. Le pouls est très-petit, irrégulier et extrêmement fréquent; ce n'est qu'avec de grands efforts que la malade parvient à avaler quelques gouttes de liquide. Au bout d'un quart d'heure, les accidents étaient un peu calmés, mais ce n'était, à vrai dire, qu'un calme relatif; la respiration et l'émission de la voix restaient difficiles. Pendant ces instants de relâche, cette femme peut maîtriser les mouvements de sa tête et de ses bras, et elle cesse de crier. M. Lussana prescrit le séjour au lit, un repos absolu, et il fait préparer une infusion de séné, de semen-contra et de tanaisie, que l'on administrera pendant les rémissions. A midi, il y a une selle abondante; vers deux heures, la malade rend un *lombric*; à cinq heures, troisième évacuation alvine.

A dater de ce moment, les accidents ont été en s'amendant. Le 17, on fait répéter l'infusion ci-dessus, mais sans résultat; le 20, la malade se trouve tout à fait bien et le 21 elle reprend ses occupations.

Les conséquences physiologiques et pratiques de ce fait, dit M. Lussana, en terminant, apparaissent d'elles-mêmes : les phénomènes observés, malgré leur apparence multiforme, n'étaient en réalité que des phénomènes réflexes, ayant un point de départ unique; pour être efficace, le traitement devait précisément être dirigé contre ce centre générateur de toutes les irradiations symptomatiques.

Cette conclusion est on ne peut plus juste, mais l'observation du médecin italien gagnerait beaucoup en intérêt si elle nous faisait connaître les signes qui l'ont mis sur la voie de la cause véritable des accidents.

On peut rapprocher de ce fait celui qu'a rapporté John Williams en 1859, dans le *Dublin Quarterly Journal*; le titre de son observation suffit pour en indiquer les principales circonstances : Hémiplégie temporaire causée par des lombrics. Une émulsion de térébenthine fit rendre à la malade (c'était une femme de trente-quatre ans) deux lombrics, et tous les phénomènes de paralysie disparurent définitivement. (*Gaz. med. italiana* et *Gaz. hebd.*, décembre.)

VARIÉTÉS.

Appareil à injections gazeuses dans l'oreille interne contre les surdités et les bourdonnements nerveux.

Par M. Bonnafont.

C'est en 1724 que M. Guyot, maître de poste à Versailles, imagina le cathétérisme des trompes d'Eustache qui le guérit de sa surdité; cette opération, que les médecins n'avaient pas crue possible jusqu'alors, ne fut accueillie, malgré le résultat merveilleux qu'en avait obtenu son inventeur, qu'avec la plus grande réserve...

Après bien des résistances, le cathétérisme des trompes ayant enfin acquis dans la science la position qu'il méritait d'y occuper, les praticiens cherchèrent à l'utiliser pour introduire dans l'oreille moyenne des agents plus énergiques et moins dangereux que les injections liquides. C'est ainsi que M. Deleau eut l'heureuse idée de remplacer les injections par l'insufflation d'air simple. Cette substitution des gaz aux injections liquides opéra une révolution des plus favorables dans la thérapeutique des cophoses, puisque avec les nouvelles insufflations on n'avait à craindre aucun des accidents résultant de la stagnation des liquides dans la cavité tympanique. Il restait encore à trouver des appareils convenables pour porter les douches gazeuses dans l'oreille moyenne. M. Deleau se sert d'un grand réservoir en cuivre dans lequel il comprime l'air à quelques atmosphères, puis, à l'aide d'un tube qui établit une communication entre le réservoir et la sonde, il fait pénétrer les douches dans l'oreille. Cet appareil a, selon moi, l'inconvénient de ne pouvoir être réglé à volonté et de

lancer ainsi des douches à tension trop inégale, en outre il ne comporte le mélange d'aucun autre gaz avec l'air.

M. Kramer (de Berlin) a presque généralement substitué à l'air simple les douches de vapeur d'éther acétique, et pour cela il se sert d'un réservoir de verre dans lequel il chauffe l'éther avec une lampe à esprit-de-vin, et lorsque la tension a atteint le degré indiqué par un thermomètre, il ouvre un robinet et la vapeur se précipite dans la trompe. Je me suis servi longtemps de cet appareil ; mais, lui trouvant les mêmes inconvénients que j'ai signalés pour celui de M. Deleau, je le remplaçai par une simple pompe aspirante et foulante qui me permettait de porter dans l'oreille moyenne tel gaz que je jugeais convenable, et de donner à ces injections tel degré de force que je voulais, sans avoir jamais la crainte d'être surpris par un dégagement subit. Les résultats que j'ai obtenus par ce simple appareil me firent penser qu'il serait possible d'en rendre l'action plus énergique et plus générale, en combinant certains gaz entre eux et en les injectant ensemble dans l'oreille.

Cet appareil se compose de cinq petits flacons qui présentent deux ouvertures, dont l'une, bouchée à l'émeri, sert à introduire les médicaments, tandis que l'autre s'adapte à l'extrémité d'un tube qui met ce flacon en communication avec le corps de la pompe ; un petit robinet sert à entretenir ou à interrompre à volonté cette communication. Tous les tubes convergeant vers la partie inférieure de la pompe, il est facile de comprendre que l'action de celles-ci s'exerce également sur tous les flacons. L'opérateur peut donc avec cet appareil donner des douches d'air simple ou chargé d'un ou de plusieurs genres de vapeurs à la fois.

Les liquides que je préfère employer et qui jusqu'à présent m'ont le mieux réussi, sont l'éther, l'ammoniaque, le chloroforme, l'essence de menthe, le camphre et l'éther de benjoin. Les mélanges des vapeurs d'éther avec le chloroforme ou le camphre m'ont donné les meilleurs résultats contre les bourdonnements nerveux, cette infirmité qui met au supplice les personnes qui en sont affectées.

Les vapeurs d'ammoniaque et d'essence de menthe trouvent plus spécialement leur emploi contre les surdités nerveuses, tandis que le benjoin, le goudron et l'essence de térébenthine doivent être réservés contre les catarrhes chroniques des trompes et de la caisse. Si l'on a besoin d'employer un médicament dont la volatilisation à froid n'est pas suffisante, on peut le chauffer à l'aide d'une petite lampe à esprit-de-vin, placée sous le flacon.

Pour finir la description de l'instrument, j'ajouterai qu'il existe une petite communication entre le corps de pompe et l'air extérieur, et qu'on peut ainsi, en ménageant cette communication pendant le fonctionnement de la pompe, établir un mélange d'air extérieur avec le gaz aspiré, et diminuer ainsi d'autant son intensité. Enfin, pour rendre les soupapes plus durables et moins accessibles à l'action corrosive des gaz, j'ai eu soin de les faire établir en platine.

Séance annuelle de l'Académie impériale de médecine. — Eloge de Chomel. — Distribution des prix. — Questions proposées pour 1862 *et* 1863.

L'Académie de médecine a tenu sa séance annuelle le 17 décembre, et nous sommes heureux que l'espace nous permette de reproduire la liste complète des récompenses décernées à nos confrères. Cette solennité, d'habitude si calme, a provoqué cette fois un peu d'émotion; chacun des assistants, en quittant la salle

des séances, interrogeait son voisin sur l'impression que lui avait laissée la lecture de l'éloge de M. Chomel. Se rappelant involontairement l'éloquent panégyrique prononcé devant la Faculté de médecine, on comparait les œuvres si différentes du professeur Grisolle et du secrétaire général de l'Académie de médecine. M. Dubois (d'Amiens) avait prévu ce parallèle; aussi a-t-il cherché, dès le début de son discours, à prévenir le résultat de la comparaison, en rappelant les points de vue divers où M. Grisolle et lui avaient dû se placer :

« Orateur d'un corps enseignant, M. Grisolle n'avait pas à juger M. Chomel; il parlait à de jeunes élèves : c'était un maître qui venait de leur être ravi et qu'il devait leur proposer comme un parfait modèle. Ici, dans cette enceinte, mon rôle est différent; je parle devant les égaux de M. Chomel, devant ceux qui tout à l'heure étaient ses émules, ses rivaux, devant des auditeurs enfin qui attendent de moi un jugement motivé sur sa personne et sur ses écrits : historien fidèle et impartial, j'aurai certainement à louer M. Chomel, mais je ne ferai porter la louange que sur des portions vraiment dignes d'être louées; pour le reste, j'userai de cette véracité qui m'est, j'ose le dire, familière, et qu'à défaut d'autre talent vous avez plus d'une fois encouragée par votre assentiment. »

M. Dubois, dans son appréciation de la vie de M. Chomel, jugé surtout comme savant, a-t-il dépassé les limites que devait s'imposer un panégyriste parlant au nom de l'Académie de médecine? Et l'histoire de la science n'a-t-elle pas plus à gagner à voir les contemporains des illustrations médicales formuler un jugement sur l'influence que ces princes de la science ont exercée sur les progrès de la médecine, plutôt que de tracer des phrases pompeuses et sans portée? Nous le pensons, avec plusieurs de nos collègues de la presse. Peut-être M. Dubois aurait-il pu trouver grâce devant un certain nombre des anciens élèves de M. Chomel, s'il avait pris soin de mettre davantage en relief les mérites de ce savant médecin comme professeur, et même s'il avait rappelé que celui à qui incombe la lourde charge de l'enseignement doit savoir prémunir la jeunesse contre les entraînements des novateurs.

La péroraison du discours de M. Dubois (d'Amiens), que nous reproduisons, suffira pour donner à nos lecteurs une juste idée de l'esprit qui a dicté cet éloge.

« Nous avons promis de rechercher consciencieusement ce que M. Chomel a laissé dans la science, ce qui doit lui être personnellement rapporté : l'entreprise est difficile.

« Nous avons vu, en effet, que presque toujours ses efforts ont eu pour but, non d'imprimer de nouveaux progrès à la science, mais de contester ceux que d'autres avaient réalisés. Nous avons vu aussi que, loin de systématiser les faits déjà recueillis et d'en déduire les lois générales, il s'est constamment élevé contre toute tentative, contre tout essai de généralisation, de sorte qu'il ne saurait être classé ni parmi les inventeurs, ni parmi les législateurs de la science; mais si nous nous plaçons à d'autres points de vue, si nous suivons M. Chomel dans d'autres directions, nous verrons qu'il n'en a pas moins bien mérité de la science et qu'il a des droits à la reconnaissance de l'humanité.

« M. Chomel a été un de ces hommes qui, après s'être élevé sans bruit et sans éclat, se placent finalement, dans les Écoles, au premier rang des professeurs, et, dans le monde, au premier rang des praticiens; il y a eu certainement des professeurs plus brillants, plus courus, plus populaires : il n'y en a jamais eu de plus sagace, de plus substantiel, de plus instructif; je ne sache pas non plus qu'il y ait eu de praticien plus prudent, plus habile et plus heureux. C'est qu'aussi M. Chomel avait pris au sérieux sa mission et sa propre personne; ses convictions étaient profondes, de là l'influence considérable qu'il a exercée sur les esprits. Vous le savez, on n'agit, on ne persuade, on n'entraîne que par la foi; or, M. Chomel avait une foi inaltérable dans les ressources de son

art, non-seulement dans celles que nous offre ce qu'on appelle la *matière médicale*, mais dans celles que le praticien trouve au fond de son âme : il a écrit quelques pages admirables sur la médecine morale.

« Ce n'est pas tout, une noble ambition l'a inspiré dans tout le cours de sa carrière, ambition louable de tout point : c'était celle de former des praticiens à son image, et il a réussi ; grâce à un enseignement de près de quarante années, il a couvert la France de ces praticiens consommés et secourables.

« A tous ces titres, le nom de M. Chomel restera parmi nous ; on dira de lui qu'il a honoré notre profession par l'honnêteté et la droiture de ses vues, par la sagesse et l'excellence de sa pratique, par la modération et la dignité de son caractère. »

DISTRIBUTION DES PRIX DE 1861.

Prix de l'Académie. — La question proposée était celle-ci : « Des désinfectants et de leurs applications à la thérapeutique. » Ce prix était de la valeur de 1,000 francs. Cinq mémoires ont été envoyés au concours. L'Académie ne décerne pas de prix, mais elle accorde : 1° une récompense de 700 francs à M. Chalvet, interne à l'hôpital Saint-Louis ; 2° une récompense de 300 francs à M. le docteur O. Reveil ; 3° une mention honorable à M. Teniob.

Prix fondé par M. le baron Portal. — La question proposée était la suivante : « De l'inflammation purulente des vaisseaux lymphatiques et de son influence sur l'économie. » Ce prix était de la valeur de 1,000 francs. Aucun mémoire n'ayant été envoyé à l'Académie, la question ne sera pas remise au concours.

Prix fondé par Mme Bernard de Civrieux. — L'Académie avait proposé pour question : « De l'angine de poitrine. » Ce prix était de la valeur de 2,000 francs. Quatorze mémoires ont été soumis à l'examen de l'Académie ; aucun n'a paru digne du prix ; mais, à titre d'encouragement, l'Académie accorde : 1° Une somme de 500 francs à M. le docteur Ullersperger, médecin à Munich (Bavière) ; 2° une somme de 500 francs à M. le docteur Thierry, médecin à Langon (Gironde) ; 3° une somme de 500 francs à M. le docteur Henri Merland fils, médecin à Luçon (Vendée) ; 4° enfin une somme de 500 francs à M. Savalle (Martin-Benoît), médecin à Freneuse, près Bonnières (Seine-et-Oise).

Prix fondé par M. le baron Barbier.—Ce prix, qui est annuel, devait être décerné à celui qui aurait découvert des moyens complets de guérison pour des maladies reconnues le plus souvent incurables jusqu'à présent, comme : la rage, le cancer, l'épilepsie, les scrofules, le typhus, le choléra-morbus, etc. (Extrait du testament.) Des encouragements auraient pu être accordés à ceux qui, sans avoir atteint le but indiqué dans le programme, s'en seraient le plus rapprochés. Quatre ouvrages ou mémoires ont été soumis au jugement de l'Académie ; aucun d'eux n'ayant paru mériter de récompense, l'Académie a décidé qu'il ne serait accordé, cette année, ni prix, ni encouragements.

Prix fondé par M. le docteur Capuron. — « 1° Question relative à l'art des accouchements. » La question proposée par l'Académie était : « De l'influence que les maladies de la mère pendant la grossesse peuvent exercer sur la constitution et sur la santé de l'enfant. » Ce prix était de la valeur de 1,000 francs. Six mémoires ont été envoyés pour ce concours. L'Académie ne décerne pas de prix ; mais elle accorde, à titre de récompense, une somme de 500 francs à M. le docteur L.-X. Bourgeois, médecin à Tourcoing (Nord) ; 2° « Question relative aux eaux minérales. » Ce prix, qui était également de 1000 francs, devait être accordé au meilleur ouvrage récemment publié sur les eaux minérales. Douze ouvrages ont été soumis au jugement de la Compagnie. L'Académie décerne le prix à MM. Durand-Fardel, Lebret et Lefort.

Prix fondé par M. le docteur Itard. — Ce prix, qui est triennal, devait être décerné à l'auteur *du meilleur livre ou mémoire de médecine pratique ou thérapeutique appliquée.* Six ouvrages ont été adressés à l'Académie pour ce concours. Ce prix était de la valeur de 3,000 francs. L'Académie ne décerne pas le prix, mais elle accorde, à titre de récompenses : 1° une somme de 1,500 francs à M. le docteur F.-J. Cazin, médecin à Boulogne-sur-Mer, pour son *Traité pratique et raisonné des plantes médicinales indigènes* ; 2° une somme de 1,500 francs

à M. le docteur Friedberg, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Berlin (Prusse), pour son travail sur la *Paralysie musculaire*. L'Académie accorde en outre une mention honorable à M. le docteur A. Liégard (de Caen), pour son ouvrage sur l'*Eclampsie puerpérale*.

Prix de chirurgie expérimentale fondé par le docteur Amussat. — Ce prix devait être décerné à celui qui aurait réalisé ou préparé le progrès le plus important dans la thérapeutique chirurgicale. Ce prix était de la valeur de 1,000 francs. Deux mémoires ont été soumis au jugement de l'Académie. L'Académie décerne le prix à M. le docteur Ollier (de Lyon), pour ses deux mémoires, l'un sur les *Greffes osseuses*, l'autre sur l'*Accroissement en longueur des os des membres*.

PRIX ET MÉDAILLES A MM. LES VACCINATEURS POUR LE SERVICE DE LA VACCINE DE 1860.

L'Académie a proposé, et M. le ministre de l'agriculture, du commerce et des travaux publics a bien voulu accorder : 1° un prix de 1,500 francs partagé entre : M. le docteur Dubreuilh, de Bordeaux (Gironde), qui continue à s'occuper activement de tout ce qui peut concourir à la propagation de la vaccine dans son département, et qui a déjà obtenu huit médailles d'or ou d'argent, et qui, cette année en particulier, s'est distingué en adressant à l'Académie une histoire remarquable de la vaccine dans le département de la Gironde, depuis sa découverte jusqu'à l'année 1860.

M. le docteur Verdier, médecin à Barre (Lozère), dont les services incessants sont constamment signalés par M. le préfet de son département, qui a déjà été honoré d'une médaille d'or en 1855, et qui continue à se faire remarquer pour les excellents rapports qu'il adresse chaque année et pour la régularité des états des nombreuses vaccinations qu'il pratique dans six communes de son arrondissement.

M. le docteur Nier, médecin à Privas (Ardèche), qui, pendant une période de vingt-trois ans, a vacciné près de douze mille individus dans son canton ; qui remplit depuis dix-huit ans les fonctions de directeur du service de la vaccine dans son département, et qui a constamment fait les plus louables efforts pour seconder les intentions philantropiques de l'administration. M. Nier a déjà obtenu une médaille d'or et cinq médailles d'argent.

2° Des médailles d'or à : M. Renault, officier de santé à Alençon (Orne), qui a atteint le chiffre considérable de 2,395 vaccinations pendant l'année 1860, et qui déjà, pour ses services antérieurs, avait obtenu plusieurs médailles d'argent.

M. Caussade, docteur en médecine à Saint-Médard-de-Guisières (Gironde), qui, aux nombreuses vaccinations qu'il pratiqua péniblement dans des communes très-éloignées les unes des autres, a ajouté un mémoire très-intéressant. Le zèle de ce vaccinateur est signalé par M. le préfet d'une manière particulière.

M. Morlanne, officier de santé à Metz (Moselle), dont le dévouement soutenu pour la propagation de la vaccine mérite d'être encouragé, et qui s'est fait remarquer en 1860 par le grand nombre de vaccinations et revaccinations qu'il a pratiquées. Le chiffre des premières est de 537, celui des secondes de 1,571. Il a déjà obtenu plusieurs médailles d'argent.

M. Hoursolle, officier de santé à Bayonne (Basses-Pyrénées), qui depuis plusieurs années se place, par le grand nombre de vaccinations qu'il pratique, en tête des principaux vaccinateurs de son département, et qui continue d'adresser à l'Académie des états tenus avec le plus grand ordre et des observations intéressantes sur des cas de variole ou de varioloïde recueillis dans sa pratique.

3° Cent médailles d'argent aux vaccinateurs qui se sont fait remarquer, les uns par le grand nombre de vaccinations qu'ils ont pratiquées, les autres par des observations et des mémoires qu'ils ont transmis à l'Académie.

Médailles accordées à MM. les médecins des épidémies. — L'Académie a proposé, et M. le ministre de l'agriculture, du commerce et des travaux publics a bien voulu accorder, pour le service des épidémies en 1860.

1° Rappels de médailles à : M. Guipon, docteur en médecine à Laon (Aisne), pour son rapport sur une épidémie de fièvre typhoïde, observée dans plusieurs communes de l'arrondissement de Laon.

M. Ragaine, docteur en médecine à Mortagne (Orne), pour ses études météo-

rologiques et hydrologiques appliquées à l'étude des endémo-épidémies de l'arrondissement de Mortagne.

M. Dumas, docteur en médecine à Montpellier (Hérault), pour son rapport sur une épidémie de suette miliaire observée dans la ville et l'arrondissement de Draguignan (Var).

M. Beaupoil, docteur en médecine à Chinon (Indre-et-Loire), pour son mémoire sur les épidémies de dyssenterie et de diphthérie observées dans la commune et les environs d'Ingrandes.

M. Bocamy, docteur en médecine à Perpignan (Pyrénées-Orientales), pour son rapport sur une épidémie de rougeole observée dans la ville et dans quelques communes voisines de Perpignan.

2° Des médailles d'argent à : M. Carville, docteur en médecine à Gaillon (Eure), pour son mémoire sur une épidémie d'ictère grave observée dans le pénitentier de Gaillon.

M. Haime docteur en médecine à Tours (Indre-et-Loire), pour son rapport sur une épidémie de fièvre typhoïde et de diphthérie observées dans la commune de Neuillé-Pont-Pierre.

M. Taeffert, docteur en médecine à Montbéliard (Doubs), pour son rapport sur une épidémie de fièvre typhoïde observée dans la commune de Saint-Maurice.

M. Bonifas, docteur en médecine à Anduze (Gard), pour son rapport sur une épidémie de diphthérie observée dans la localité qu'il habite.

M. Neubauer, docteur en médecine à Sarrebourg (Meurthe), pour sa relation d'une épidémie de typhus pétéchial observée dans les communes de Haltenhausen et de Suetzelbourg.

M. Fouquet, docteur en médecine à Vannes (Morbihan), pour son rapport sur les épidémies et les épizooties du Morbihan.

3° Des médailles de bronze à : M. Palanchon, docteur en médecine à Cuisery (Saône-et-Loire), pour son rapport sur une épidémie de diphthérie observée dans l'arrondissement de Cuisez, en 1859 et 1860.

M. Andrieux, docteur en médecine à Brioude (Haute-Loire), pour son mémoire sur une épidémie charbonneuse observée dans la commune de Saint-Féréol.

M. Mignot, docteur en médecine à Gannat (Allier), pour son rapport sur une épidémie de variole observée dans le canton de Chantelle.

M. Montdesert, docteur en médecine à Saint-Lô (Manche), pour son rapport sur des épidémies de fièvres intermittentes observées dans la commune de Carentan.

M. Millon, docteur en médecine à Saint-Étienne (Loire), pour son mémoire sur une épidémie de fièvre lente nerveuse observée à Saint-Étienne.

M. Barrera, docteur en médecine à Prades (Pyrénées-Orientales), pour son rapport sur une épidémie de rougeole, observée dans plusieurs communes de l'arrondissement de Prades.

M. Sarradel, docteur en médecine à Prades (Pyrénées-Orientales), pour son rapport sur une épidémie de fièvre typhoïde observée dans les communes de Latour-de-Carol et de Porta.

M. Rebory, docteur en médecine à Digne (Basses-Alpes), pour son rapport sur le service médical et les constitutions épidémiques du canton de Digne.

4° Des mentions honorables à : M. Martin, docteur en médecine à Deuil (Seine-et-Oise), pour son rapport sur les épidémies de diphthérie et de variole observées dans la commune de Montmorency.

M. Du Garay, docteur en médecine au Puy (Haute-Loire), pour son rapport sur une épidémie de fièvre typhoïde observée dans plusieurs communes de l'arrondissement du Puy.

M. Martin-Duclaux, docteur en médecine à Villefranche (Haute-Garonne), pour son rapport sur une épidémie d'angine couenneuse observée dans l'arrondissement de Villefranche.

M. Czernichowski, docteur en médecine à Auneau (Eure-et-Loire), pour son rapport sur une épidémie de variole observée dans la commune d'Auneau.

M. Verdier, docteur en médecine à Florac (Lozère), pour son rapport sur les épidémies qui ont régné dans la commune de Barre et ses environs.

M. Hamon, docteur en médecine à Fresnay (Sarthe), pour sa relation d'une épidémie de dyssenterie observée dans plusieurs communes de l'arrondissement de Mamers (Sarthe).

M. Dagorreau, docteur en médecine à Saint-Calais (Sarthe), pour son rapport sur les épidémies de rougeole et de variole observées dans l'arrondissement de Saint-Calais.

M. Crié, docteur en médecine à Laval (Mayenne), pour son rapport sur une épidémie d'angine couenneuse observée dans l'arrondissement de Laval.

M. Madin, docteur en médecine à Verdun (Meuse), pour son rapport sur une épidémie de méningite cérébro-spinale observée dans l'arrondissement de Verdun.

M. Gevrey, docteur en médecine à Vesoul (Haute-Saône), pour son rapport sur l'épidémie de fièvre typhoïde observée à La Ferroux.

M. Secourgeon, docteur en médecine à Draguignan (Var), pour son rapport sur l'épidémie de suette miliaire observée à Draguignan.

M. Giraud, docteur en médecine à Draguignan (Var), pour son rapport sur l'épidémie de suette miliaire observée dans la vallée de Draguignan.

Médailles accordée : à MM. les médecins-inspecteurs des eaux minérales.

L'Académie a proposé, et M. le ministre de l'agriculture, du commerce et des travaux publics a bien voulu accorder pour le service des eaux minérales en 1859 :

1° Rappel de médailles d'argent avec mention honorable à : M. Bailly, médecin-inspecteur des eaux de Bains (Vosges), pour le zèle soutenu qu'il apporte dans la rédaction de rapports pleins de sagacité et d'observations pratiques.

M. Cronzet, médecin inspecteur des eaux de Balaruc (Hérault), pour les efforts dignes d'éloges et vraiment exceptionnels qu'atteste son rapport annuel.

2° Médaille d'argent à : M. Genieys, médecin-inspecteur des eaux d'Amélie-les-Bains (Pyrénées-Orientales), pour ses intéressantes considérations sur l'état actuel de cette station thermale et les perfectionnements qu'elle doit subir dans l'avenir.

3° Médailles de bronze à : M. Basset, médecin-inspecteur des eaux de Saint-Nectaire (Puy-de-Dôme), pour la monographie complète et très-étudiée qu'il a donnée de cet établissement.

M. Dimbarre, médecin-inspecteur des eaux de Cauterets (Hautes-Pyrénées), pour un rapport qui renferme des faits nouveaux et des recherches étendues.

M. Dufour, médecin-inspecteur des eaux d'Hammam-Meskhoutin (Algérie), pour le soin et le talent avec lequel il a fait connaître dans un mémoire spécial, l'une des plus importantes stations thermales de l'Afrique française.

M. Oorgand, médecin-inspecteur des eaux d'Ussat (Ariége), pour le précis très-bien fait qu'il a rédigé sur l'ensemble de l'établissement qu'il dirige.

M. Piglowski, médecin-inspecteur des eaux du Vernet (Pyrénées-Orientales), pour un travail très-digne d'attention sur l'utilité de la médication hydro-minérale en toutes saisons.

M. Roubaud (Félix), médecin-inspecteur des eaux de Pougues (Nièvre), pour le soin avec lequel il a su résumer ses observations annuelles.

4° Des mentions honorables à : M. Charmasson de Puylaval, inspecteur-adjoint aux eaux de Saint-Sauveur (Hautes-Pyrénées), pour les nombreuses observations de névroses qu'il a recueillies et analysées avec un véritable sens pratique.

M. Coulet, médecin-inspecteur des établissements de Saint-Laurent-les-Bains (Ardèche), pour un recueil de faits détaillés propre à mettre en lumière le mérite de ces sources.

M. Ernest Damoorette, médecin-inspecteur adjoint des eaux de Sermaize (Marne), pour un travail étendu dans lequel il a résumé les résultats de sa pratique thermale pendant trois années.

M. Perelli, médecin-inspecteur des eaux de Pietra-Paula(Corse), pour avoir dans un premier et bon rapport fait connaître l'une des stations hydro-minérales encore peu connues de la Corse.

PRIX PROPOSÉS POUR L'ANNÉE 1862.

Prix de l'Académie. — « Déterminer, en s'appuyant sur des faits cliniques : 1° quelle est la marche *naturelle* des diverses espèces de pneumonies, considérées dans les différentes conditions physiologiques des malades ; 2° quelle

est la valeur relative de l'expectation dans le traitement de ces maladies. » Ce prix sera de la valeur de 1,000 francs.

Prix fondé par M. le baron Portal. — « Des obstructions vasculaires du système circulatoire du poumon et les applications pratiques qui en découlent : c'est-à-dire étudier par des observations positives les diverses espèces de concrétions sanguines qui peuvent obstruer les vaisseaux de la circulation pulmonaire, en apprécier les causes, les effets immédiats et les conséquences ultérieures ; rechercher le mécanisme de la guérison de ces états morbides, déterminer les signes qui permettent de les reconnaître, et indiquer le traitement qu'ils réclament. » Ce prix sera de la valeur de 600 francs.

Prix fondé par Mme Bernard de Civrieux. — « Déterminer la part de la médecine morale dans le traitement des maladies nerveuses. » Ce prix sera de la valeur de 2,000 francs.

Prix fondé par M. le docteur Capuron. — « Du pemphygus des nouveau-nés. » Ce prix sera de la valeur de 1,000 francs.

Prix fondé par M. le baron Barbier. — (Voir plus haut, page 560, les conditions du concours.) Ce prix sera de la valeur de 4,000 francs.

L'Académie rappelle à MM. les concurrents au prix Barbier, que la pensée du fondateur a été d'encourager la recherche des moyens propres à combattre avec efficacité des fléaux contre lesquels la science s'est trouvée jusqu'ici *plus ou moins complétement désarmée.* Le traitement des autres maladies reste donc entièrement en dehors du programme.

L'objet du concours est essentiellement pratique, les hypothèses et les discussions théoriques ne doivent y être employées qu'avec une très-grande sobriété.

Prix fondé par M. Orfila. — Ce prix, qui ne peut être partagé, doit porter tantôt sur une question de toxicologie, tantôt sur une question prise dans les autres branches de la médecine légale. L'Académie propose de nouveau la question relative aux champignons vénéneux, et elle la formule de la manière suivante : 1° Donner les caractères généraux pratiques des champignons vénéneux, et surtout les caractères appréciables pour le vulgaire, rechercher quelle est l'influence du climat, de l'exposition, du sol, de la culture et l'époque de l'année, soit sur le danger de ces champignons. 2° Examiner s'il est possible d'enlever aux champignons leur principe vénéneux ou de le neutraliser, et, dans ce dernier cas, rechercher ce qui s'est passé dans la décomposition ou la transformation qu'ils ont subie. 3° Étudier l'action des champignons vénéneux sur nos organes, les moyens de la prévenir, et les remèdes qu'on peut lui opposer. 4° Faire connaître les indications consécutives aux recherches ci-dessus indiquées et qui pourraient éclairer la toxicologie. Ce prix sera de la valeur de 4,000 francs.

PRIX PROPOSÉS POUR L'ANNÉE 1863.

Prix de l'Académie. — L'Académie met au concours la question suivante : « Des maladies charbonneuses chez l'homme et chez les animaux. » Ce prix sera de la valeur de 1,000 francs.

Prix fondé par M. le baron Portal. — L'Académie propose la question suivante : « Des altérations pathologiques du placenta, et de leur influence sur le développement du fœtus. » Ce prix sera de la valeur de 1,000 francs.

Prix fondé par Mme Bernard de Civrieux. — La question proposée par l'Académie est ainsi conçue : « De la dyspepsie. » Ce prix sera de la valeur de 1,000 francs.

Prix fondé par M. le docteur Capuron. — *Question relative à l'art des accouchements.* — L'Académie met au concours cette question : « Comparer les avantages et les inconvénients de la version pelvienne, et de l'application du forceps dans le cas de rétrécissement du bassin. » Ce prix sera de la valeur de 1,000 francs.

Prix fondé par M. le docteur Lefèvre. — La question mise au concours est de nouveau : « De la mélancolie. » Ce prix sera de la valeur de 2,000 francs.

Prix de chirurgie expérimentale fondé par M. le docteur Amussat. — Ce prix sera décerné à l'auteur du travail ou des recherches basées simultanément

sur l'anatomie et sur l'expérimentation, qui auront réalisé ou préparé le progrès le plus important dans la thérapeutique chirurgicale. Ne seront point admis à ce concours les travaux qui auraient antérieurement obtenu un prix ou une récompense, soit à l'un des concours ouverts à l'Académie impériale de médecine, soit à l'un des concurs de l'Académie des sciences de l'Institut. Ce prix sera de la valeur de 1,000 francs.

Prix fondé par M. le baron Barbier. — (Voir plus haut les conditions du concours). Ce prix sera de la valeur de 6,000 francs.

Prix fondé par M. le marquis d'Argenteuil. — Ce prix, qui est sexennal, sera décerné à l'auteur du perfectionnement le plus notable apporté aux moyens curatifs des rétrécissements du canal de l'urètre pendant cette quatrième période (1856 à 1862), ou subsidiairement à l'auteur du perfectionnement le plus important apporté durant ces six ans au traitement des autres maladies des voies urinaires. Ce prix sera de la valeur de 12 000 francs.

Les mémoires pour les prix à décerner en 1862 devront être envoyés à l'Académie avant le 1er mars de la même année. — Ils devront être écrits en français ou en latin.

L'Académie des sciences a tenu également sa séance annuelle le 23 décembre. La distribution des prix de médecine et de chirurgie se place en tête des faits de son programme qui nous intéressent le plus.

Soixante-six ouvrages avaient été soumis au jugement de l'Académie. Bien qu'un assez grand nombre offrent un intérêt réel et soient d'une utilité incontestable, soit pour l'enseignement, soit pour la pratique, la commission a pensé que les récompenses devaient être réservées aux travaux ayant conduit leurs auteurs à des découvertes assez importantes pour étendre nos connaissances ou modifier profondément des méthodes ou des doctrines généralement adoptées. Dans cette opinion, elle a cru devoir ne décerner qu'un prix unique cette année. Il a été accordé à MM. Ludger-Lallemand, Maurice Perrin et Duroy, pour leur très-remarquable travail : *Du rôle de l'alcool et des anesthésiques dans l'organisme.*

Mentions honorables. — MM. Haspel et Rouis, pour leurs travaux sur les maladies du foie en Algérie ; l'Académie a joint à cette récompense une somme de 1.500 francs. — M. Dutrouleau, pour son *Traité des maladies des Européens dans les pays chauds*, avec une somme de 1,500 francs. — M. Huguier, pour son *Mémoire sur les allongements hypertrophiques du col de l'utérus*, avec une somme de 2,500 francs. — M. Henri Roger, pour ses *Recherches cliniques sur l'auscultation de la tête*, avec une somme de 1,200 francs. — M. Laboulbène, pour ses *Recherches cliniques et anatomiques sur les affections pseudo-membraneuses*, avec une somme de 1,000 francs.

La commission a réservé plusieurs ouvrages pour un jugement ultérieur ; nous citerons les travaux de MM. Landouzy, Billod, Castallat, sur *la pellagre* ; de M. Larcher, sur *l'hypertrophie normale du cœur*, pendant la grossesse, une monographie de la *thromboze* et de *l'embolie*, par M. Cohn et des recherches sur la *trichina spiralis* et le développement du *pentastome*, par M. Leuckart. Elle a encore remarqué les études de M. Voisin et de M. Gallard, sur les *hématocèles péri-utérines spontanées* ; celles de M. Robin, continuées par M. Eugène Nélaton, sur les *tumeurs a myéloplaxes* ; un très-bon travail de M. Demarquay, sur les *tumeurs de l'orbite* ; les remarques de M. Magne en faveur de l'*oblitération du sac lacrymal* dans le traitement de la tumeur et de la fistule lacrymales ; les recherches de M. Auburtin sur le *rhumatisme cérébral*, et le traité de M. Nonat sur les *maladies de l'utérus*.

Enfin, la Commission a pensé que le jugement d'un travail de M. de Castelnau, intitulé *De l'interdiction des aliénés*, et dans lequel l'auteur propose la réforme d'une loi qu'il considère comme contraire aux principes de la science et aux droits de l'humanité, appartenait surtout à l'Académie des sciences morales et politiques. Toutefois, cet ouvrage ayant pour base des considérations physiologiques d'un ordre très-élevé, la Commission a cru devoir le signaler à l'attention des moralistes, des jurisconsultes et des médecins.

Un arrêté du directeur de l'administration générale de l'assistance publique, en date du 17 décembre, approuvé par le préfet de la Seine, autorise les mutations suivantes dans le personnel médical des hôpitaux et hospices de Paris :

Services de médecine. — Sont nommés : A l'Hôtel-Dieu, M. Vigla ; à la Mai-

son municipale de santé, M. Cazalis ; à l'hospice de la Vieillesse (femmes), M. Charcot ; à l'hôpital de la Pitié, M. Sée ; à l'hôpital Beaujon, M. Lailler ; à l'hôpital Saint-Antoine, M. Ch. Bernard ; à l'hospice des Enfants assistés, M. Labric ; à l'hôpital de la Charité, M. N. Guillot ; à l'hôpital Necker, M. Lasègue ; à l'hôpital Saint-Antoine, M. Woillez ; à l'hospice de la Vieillesse (femmes), M. Vulpian.

Services de chirurgie — Sont nommés : A l'Hôtel-Dieu, M. Maisonneuve ; à l'hôpital de la Pitié, M. Gosselin ; à l'hôpital Beaujon, M. Morel-Lavallée ; à l'hôpital Necker, M. Desormeaux ; à l'hôpital Cochin, M. Alph. Guerin.

MM. Goupil, Mesnet et Tribonlet, médecins du Bureau central, viennent d'être nommés, le premier à l'hôpital de Lourcine, le second à la direction des nourrices, le troisième à l'hospice de La Rochefoucauld.

Le concours de l'internat des hôpitaux s'est terminé par la nomination de :

1. MM. Anger (Benjamin), 1er prix (livres) ; 2. Cocteau, accessit (livres) ; 3. Rigal, 1re mention honorable ; 4. Damaschino, 2e mention ; 5 Labéda ; 6. Rochelou ; 7. Robertet ; 8. Decori ; 9. Bergeron (Georges) ; 10. Fluran ; 11. Thomas (Albert) ; 12. Bahuaud ; 13. Gingeot ; 14 Paris ; 15. Dodeuil ; 16. Revilliod ; 17. Lemoine ; 18. Julliard ; 19. Bergeron (Henri) ; 20 Danthou ; 21. Gougueheim ; 22. Pelvet ; 23. Caresme ; 24. Brière ; 25. Lehnen-Dubourg ; 26. Augros ; 27. Hennequin ; 28. Spiess ; 29. Nicaise ; 30 de Gaulejac ; 31. Morax ; 32. Lemottre ; 33. Langronne ; 34. Duguet ; 35. Liné ; 36 Legros ; 37. Legroux ; 38. Rondeau ; 39. Cuntesse ; 40. Cabot ; 41. Monreton ; 42 Chaumel

Internes provisoires. — 1. MM Henry ; 2 La Crousille ; 3. Turgis ; 4. Da Corogna ; 5. Thierry ; 6. de Montfumat ; 7. Thévenot ; 8 Hallé ; 9 Liouville ; 10. Odier ; 11. Carle-Lacoste ; 12. Barbeu Dubourg ; 13. Darain ; 14 Dublanchet ; 15. Besnier ; 16. Burlaud ; 17. Dèro ; 18 Dande-Lagrave ; 19. Fontan ; 20. Carrière ; 21. Brunet ; 22. Palle ; 23. Delsol ; 24. Serrailler ; 25. Saldivar ; 26. Anger (Théophile) ; 27. Fumouze ; 28. Legras ; 29. Lolliot ; 30. Féraud ; 31. Leroy (Léandre).

M. Anger, premier élève nommé, a le prix des externes, consistant en des livres cette année ; il aura, en outre, la *boîte à autopsie* que M. Guérard, en quittant les hôpitaux, a offerte pour le plus distingué des élèves du concours.

Par décret du 5 décembre, ont été promus :

Au grade de chirurgien de première classe : pour Toulon : MM. Lantoin, Raynaud, Casal. Martin Giuly. — Nossi-Bé : M. Auvély — Guadeloupe : M. Aze. — Brest : MM. Deperche. Fournier, Pummier, Bourel-Roncière, Riou, Girard-la-Barcerie, Guy. — Cochinchine : M. Caurant. — Guyane : M. Ramonet.

Au grade de chirurgien de deuxième classe : pour Toulon : MM. Jobert, Erdinger. — Rochefort : MM. Leconte, Morlaux dit Ponty. — Brest : MM. Lemoyne, Voyé, Leprédour, Leconiat, Pavot, Bellissen. — Sénégal : M. L'Helgouach. — Rochefort : MM. Defornel, Bon. — Toulon : MM. Delmas, Cornibert, d'Auriol, de Corsi. — Guadeloupe : M. Bochard. — Cuyane : M. Michel. — Sénégal : MM. Barnier, Mège.

Au grade de chirurgien de troisième classe : pour Toulon : MM. Roquemaure, Corneille, Latière, Andrieu, Petit — Rochefort : MM. Mercier, Gilbert, Couillaud, Hodoul, Terson de Paleville, Michel. — Brest : MM. Camescasse, Beaumanoir, Eléouet, Morvan, Lelarge, Chevalier, Comme, Grimaud, Alavoine. — Guadeloupe : MM. Martin, Quêtan, Leforestier de Quillien. — Guyane : MM. Chauvot, Louvel Dulongpré, Leconte. — Réunion : M. Gaubert.

Au grade de pharmacien de première classe : pour la Guadeloupe : M. Autret. — Pharmacien de deuxième classe : pour Brest : MM Gener, Gentili. — Pharmacien de troisième classe : pour Brest : M. Coutance. — Toulon, M. Heckel.

L'Académie de médecine est cruellement éprouvée ; aux pertes qu'elle a récemment faites de MM. Isidore Bourdon et Bricheteau, vient se joindre celle plus douloureuse, car elle est plus imprévue, de M. Delafond, le savant directeur de l'École vétérinaire d'Alfort, qui vient d'être enlevé, à l'âge de cinquante-sept ans, par un érysipèle erratique

---

Pour les articles non signés, E. DEBOUT.

TABLE DES MATIÈRES

DU SOIXANTE ET UNIÈME VOLUME.

A

Abcès rétropharyngien chez un enfant à la mamelle, 513.
Abeilles (Ophthalmie catarrhale guérie par les piqûres d'), 43.
Académie de médecine. Séance annuelle Distribution de prix et questions mises au concours, 558.
— *des sciences*. Distribution des prix, 565.
Accouchements chez des femmes n'ayant plus leurs règles, 230.
— rendus impossibles par la rigidité du col utérin ; bons effets de l'incision de cette partie, par M. le docteur Bouchard, 504.
— (Renversement complet de l'utérus après l'), réduction; absence d'accidents consécutifs, 138
— Granulations de la muqueuse utérine guéries par les cautérisations avec l'azotate d'argent fondu. Grossesse consécutive chez une primipare âgée de quarante-trois ans. Oblitération complète de l'orifice externe du col. Hystérotomie vaginale. Influence de la busserule sur les contractions utérines ; accouchement heureux, 179.
Acétate de plomb (sucre de Saturne) dans les hypertrophies commençantes du cœur, 424.
Aconit (Traitement de l'érysipèle par l') et spécialement par l'alcoolature de racines de la plante, 280.
Affusions froides (Bons effets des) contre l'état comateux de la fièvre typhoïde par le docteur Hagen, 546.
Aglosse (Accidents déterminés par l') de la graisse, 283.
Allaitement. Des mamelons artificiels, 45, 91 et 140.
Alun calciné (Essai de traitement du diabète par l'emploi simultané de l') et de l'extrait de ratanhia, 134.
Ambi (Nouvel) pour les luxations scapulo-humérales, difficiles ou anciennes, par M. le docteur Dauvergne (gravures), 207-254.
Aménorrhée (Des bons effets de l'apiol dans l') et la dysménorrhée, constatés en Italie, 279.
Amputation Chopart (Note sur un appareil destiné à un mutilé ayant subi l') et affecté de rétraction du tendon d'Achille, 381.
Amygdales (Hypertrophie extrêmement considérable d'une des). Ablation au moyen de l'écraseur, sans hémorrhagie, 372.
Amydales (Hypertrophie); des douches dans la gorge, appareil approprié, 41.
Amygdalotome (Nouvel), par M. le docteur Chassagny (de Lyon), (gravure), 430.
Analeptique (Mousse de Ceylan comme) 157.
Anasarque scarlatineuse (Quinine dans l'), 185.
Anesthésique (Nouvel agent); la kersolène, 331.
Antipériodique (Formules pour l'emploi du tannin comme), par M. le docteur Leriche (de Lyon), 410.
Anus artificiel. Atrésie congéniale du rectum, à deux centimètres au-dessus d'un anus bien conformé, chez un enfant du sexe masculin. Tentatives infructueuses pour établir le cours des matières fécales; établissement d'un anus artificiel dans la région lombaire gauche (gravure), 374.
Anus contre nature opéré avec succès par un procédé analogue à celui de Reybard, 85.
Apiol. Ses bons effets dans l'aménorrhée et la dysménorrhée constatés en Italie, 279
Apoplexies (Formules contre les congestions et les) imminentes, 321.
Appareil à injections gazeuses dans l'oreille interne contre les surdités et les bourdonnements nerveux, par M. Bonnefont, 557.
Arsenic (De l'emploi de l') dans le traitement du pemphigus, 274.
— Nouveau traitement du rhumatisme noueux, par les bains arsenicaux, 189.
Arsénite de strychnine (Morve chez le cheval ; son traitement par l'), 41.
— de strychnine ; son mode de préparation, 27.
Ascarides lombricoïdes (Obstruction intestinale produite par une quantité considérable d'), 137.
Ascite guérie par une injection iodée, 377.
Asphyxie (Influence de l') des nouveau-nés sur les maladies de la première enfance, 427
Asthme (Mixture d'iodure de potassium et de lobélie contre l'), 27.
Avortement (Vomissements incoercibles; guérison à la suite d'un), 518.

B

Balsamiques (Cystite hémorrhagique du col compliquant l'uretrite ; traitement par les), 425.
Voir : *Cubèbe* et *Copahu*.
Bandage (Doit-on faire porter un) simple ou double aux personnes atteintes d'une seule hernie ? 40.
Barrier. Traité pratique des maladies de l'enfance, fondé sur de nombreuses observations cliniques (compte rendu), 55.
Bazin. Leçons théoriques et cliniques sur la scrofule considérée en elle-même et dans ses rapports avec la syphilis, la dartre et l'arthritis (compte rendu), 507.
Bec-de-lièvre (De l'opération du) compliqué d'une double fissure nasale par un nouveau procédé cheiloplastique, par M. le professeur E. Sédillot (gravures), 489.
— unilatéral traité avec succès par la suture métallique après deux opérations infructueuses, 475.
— De la restauration de la division congénitale de la voûte du palais et de son voile. — Parallèle des moyens prothétiques et des procédés autoplastiques. Lettre au professeur Lawrence, par M. le docteur Debout (gravures), 519.
Belladone. Entéralgie intense rapidement guérie par l'emploi d'une pommade belladonée, 578.
Blennorrhagie (Injection du deutochlorure de mercure dans la), 514.
Bourdonnements nerveux (Appareil à injections gazeuses dans l'oreille interne contre la surdité et les), 557.
Bromure de potassium (Nouveaux faits témoignant de l'efficacité du) dans la spermatorrhée, 285.
Busserole (Granulations de la muqueuse utérine, guéries par les cautérisations avec l'azotate d'argent fondu. Grossesse consécutive chez une primipare, âgée de quarante-trois ans. Oblitération complète de l'orifice externe du col. Hystérotomie vaginale. Influence de la) sur les contractions utérines. Accouchement heureux, 179.

C

Cacao (Des coques et des germes du) torréfié comme aliment, par M. Stan. Martin, 237.
Café (De l'action dynamique du) et de son emploi dans les hernies étranglées, par M. Lamare-Picquot, 28.
Café (Nouvelles remarques sur l'action du) dans l'étranglement herniaire, à propos d'un nouveau cas de succès de cette médication, par M. le docteur Cellarier, 270.
Calculs biliaires (Du chloroforme à l'intérieur contre les), les coliques hépatiques et les névroses, par M. le docteur Bouchut, 49.
— — (Note sur les meilleurs dissolvants des) et spécialement du chloroforme, par M. Gobley, 264.
— — (De l'emploi du chloroforme dans le traitement des) et de l'action dissolvante de l'agent anesthésique sur ces calculs. Réclamation de priorité, par M. le docteur A. Corlieu, à Charly, 503.
Calomel (Du rôle du) dans la médecine anglaise, par M. le docteur Fonssagrives, 481.
— (Cas de rage, traité avec succès par la saignée et le) à très-hautes doses, 232.
Cancer de la langue (Effets de la section du nerf lingual et de la ligature de l'artère du même nom dans quelques cas de), 551.
Canne de Provence (Nouvelles observations sur la maladie communiquée à l'homme par la), par M. le docteur Michel, 169.
Cataracte capsulaire secondaire, son traitement médical, 468.
— (Rhumatisme musculaire chronique, suivi de paralysie de la jambe et d'une cataracte capsulaire complète ; traitement altérant ; guérison de la), 255.
Cathétérisme (Des accidents graves observés à la suite du) et des autres opérations pratiquées sur l'urètre, 514.
Cautérisation (Varices de la conjonctive scléroticale, guéries par l'excision du paquet variqueux et la), 159.
— sulfurique ; son application au traitement des névralgies, 59.
Céphalalgie (De la) chez la femme et de son traitement, par Graves, de Dublin, 529.
Champignons (Empoisonnement par les) ; trois cas de mort, 469.
Chéiloplastique (De l'opération du bec-de-lièvre, compliqué d'une double fissure nasale, par un nouveau procédé), par M. le professeur C. Sédillot (gravures), 489.
Cheveux (Pommade de toilette contre la chute des), par M. le docteur Dauvergne, 501.
Chlorate de potasse (Emploi du) contre la fétidité de l'haleine, 75.

Chloroforme (Du) à l'intérieur contre les calculs biliaires, les coliques hépatiques et les névroses, par M. le docteur Bouchut, 49.
— (Note sur les meilleurs dissolvants des calculs biliaires, et spécialement du), par M. Gobley, 264.
— (De l'emploi du) dans le traitement des calculs biliaires et de l'action dissolvante de l'agent anesthésique sur ces calculs. Réclamation de priorité, par M. le docteur A. Cortieu, 503.
Chorée sans antécédent rhumatismal; rhumatisme articulaire aigu intercurrent; guérison, 230.
Citrouille (Nouvel exemple de ténia expulsé par les semences de); insuccès des amandes douces, 138.
Clitoris (Hypertrophie du) guérie par étranglement, au moyen de la ligature, 184.
Cœur. Acétate de plomb (sucre de Saturne dans les hypertrophies commençantes du), 424.
— (Quelques faits témoignant en faveur de l'utilité des préparations ferrugineuses, dans certains cas de maladie organique du), 151.
— (Cas de plaie non pénétrante du), avec rétention du corps vulnérant dans les parois de l'organe, suivi de guérison, 331.
Colchique d'automne ; ses effets thérapeutiques dans le rhumatisme et dans la goutte, 332.
Coliques hépatiques (Du chloroforme à l'intérieur contre les calculs biliaires, les) et les névroses, par M. le docteur Bouchut, 49.
Compression des narines (Hémorrhagie nasale; son traitement par la simple), 231.
Conduit lacrymal (Larmoiement par oblitération du) inférieur; application du procédé de Bowman; guérison, 555.
Congestions (Formules contre les) et les apoplexies imminentes, 521.
Conjonctivite granuleuse avec kératite ulcéreuse, d'origine miasmatique, guérie par le sulfate de quinine, 59.
Contracture spasmodique (De la) du sphincter vaginal et de son traitement, par M. le docteur Debout, 110.
— (Un mot encore sur la) spasmodique du sphincter du vagin, à propos de nouveaux faits (gravures), par M. le docteur Debout, 300.
— Sur une affection assez rare et généralement peu connue de l'orifice du vagin, par M. le docteur Michon, 154.
— (De la) spasmodique de l'orbiculaire des paupières et de son traitement par l'incision du muscle et le bordage des paupières, par M. Gust. Nivert, interne des hôpitaux, 349.
Copahu (Note sur l'efficacité de l'association du cubèbe et du) dans les affections du col de la vessie et de la région prostatique de l'urètre, par M. le docteur Caudmont, 68.
Coqueluche (De l'hémorrhagie par l'oreille dans la), 515.
Cordon ombilical (Strangulation du fœtus par l'enroulement du), 429.
Corps étrangers (Nouvel exemple témoignant de l'innocuité des) séjournant dans les fosses nasales, par M. le docteur Lefèvre, 150.
Coryza (Espèce inédite de sympathie et son application au traitement du), 235.
Créosote; son emploi contre la dyssenterie, 470.
— solidifiée (de la) et de son emploi en chirurgie, par M. Stanislas Martin, 501.
Cubèbe (Coup d'œil sur certaines propriétés thérapeutiques peu connues du poivre), et spécialement sur ses bons effets dans les vertiges et l'amnésie, par M. le docteur Debout, 56.
— (De l'urétrite simple chez la femme et de son traitement par le poivre), par M. le professeur Trousseau, 18.
— (Note sur l'efficacité de l'association du) et du copahu dans les affections du col de la vessie et de la région prostatique de l'urètre, par M. le docteur Caudmont, 68.
Cuivre (Nouveau procédé de préparation de protoxyde de), 521.
Cystite hémorrhagique du col, compliquant l'urétrite; traitement par les balsamiques, 425.

D

Déchirure (Sur la) de la gaîne tendineuse des péroniers latéraux et sur la luxation de ces tendons, par M. Demarquay, 21.
Décoction blanche (Sur une modification à la préparation de la), 128.
— (Un mot encore sur la préparation de la), par M. Dannecy, 462.
Delioux de Savignac. Principes de la doctrine et de la méthode en médecine; introduction à l'étude de la pathologie et de la thérapeutique (compte rendu), 80.
Delirium tremens accompagnant une fièvre typhoïde. Traitement du délire par les opiacés et le vin ; guérison, 516.
Dent molaire (Hémorrhagie consécu-

tive à l'avulsion d'une petite), 136.
Diabète. Essai de traitement par l'emploi simultané de l'alun calciné et de l'extrait de ratanhia, 134.
— *graisseux* (Du) ou pimélorrhée, 36.
Diathèse hémorrhagique grave traitée par le vin, à haute dose, 426.
Digitale (Mélange de) et de belladone pour régulariser les éruptions anormales, par M. le docteur Durac, 358.
Douce amère et solanine (Effets physiologiques et action thérapeutique de la), 554.
Drainage chirurgical; résultats de son essai à l'hôpital Saint-Mandrier, 231.
DUCHENNE (*de Boulogne*). De l'électrisation localisée et de son application à la pathologie et à la thérapeutique (compte rendu), 367.
DUTROULAU. Traité des maladies des Européens dans les pays chauds (régions tropicales). Climatologie. Maladies endémiques (compte rendu), 325.
Dysménorrhée (Des bons effets de l'apiol dans l'amenorrhée et la), constatés en Italie, 279.
Dyssenterie aiguë (Recherches sur l'emploi du nitrate d'argent dans la), par M. le docteur Duclos, 97.
— (Nouvelles observations à l'appui de l'emploi du nitrate d'argent dans le traitement de la), par M. le docteur Gros, 433.
— (Traitement de la), employé dans le service de M. Barallier, à l'hôpital de la marine de Toulon, 277
— (Emploi de la créosote contre la), 470.
— (De l'emploi du perchlorure de fer dans la), par M. le docteur Baudun, 465.

E

Ecraseur linéaire (Tumeur maligne de la cloison recto-vaginale; extirpation à l'aide de l'), 475.
— (Hypertrophie extrêmement considérable d'une des amygdales, ablation au moyen de l') sans hémorrhagie, 372.
Electricité. Son application dans un cas de rétention du placenta, 378.
— (Mutisme simulé reconnu à l'aide de l'), 89.
Electrisation (Paralysie des couturières; emploi de l'), 44
— *localisée* (De l') et de son application à la pathologie et à la thérapeutique, par M. le docteur Duchenne (de Boulogne), (compte rendu), 367.
Empoisonnement (De la conduite du médecin dans le cas d'), 94.
— (Thérapeutique de l') par la morphine et les médicaments qui en contiennent, suivie de quelques réflexions sur la richesse de la morphine dans les urines, par M. Bouchardat, 360
— par les champignons: trois cas de mort, 469.
— (Cas d') par les baies du solanum pseudo capsicum, 354.
— par la tanaisie, 333.
— par une lame de plomb servant à teindre les cheveux, 280.
Endocardite (De l'absorption de l'iode par la peau et du traitement de la pleuresie et de l') par les frictions iodées iodurées, par M. le docteur Delioux, 248.
Enfance (Influence de l'asphyxie des nouveau-nés sur les maladies de la première), 427.
Enfants (Emploi du guarana dans certaines affections intestinales des), 435.
— (Larves d'œstre développées dans la peau d'un), 88
— *à la mamelle* (Abcès rétropharyngien chez un), 515.
— (Des bons effets de la pepsine dans l'inanition des), 186.
Engelures ulcérées (Pommade contre les), 546.
Entéralgie intense rapidement guérie par l'emploi d'une pommade belladonée, 378.
Eruptions anormales (Mélange de digitale et de belladone pour régulariser les), par M. le docteur Durac, 358.
Erysipèle (Considerations sommaires sur l') et son traitement, par M. le docteur Marotte, 289-340.
— Son traitement par l'aconit et spécialement par l'alcoolature de racines de la plante, 280.
— (Emploi topique du carbonate de plomb dans le traitement de l'), 282.
Exostose de l'apophyse transverse gauche de la septième vertèbre cervicale, accidents causés par la compression des vaisseaux et des nerfs voisins; excision suivie de succès, 552.
Extraits pharmaceutiques (Note sur une méthode de préparer certains), par M. Pierlot, 400.

F

Farcin chez l'homme. Nouveau cas de guérison, 282.
Febrifuge liniment. Réclamation, 412.

Fer (Note sur le carbonate de) effervescent, par M. le docteur Thomas Skinner, 71.
— Sur une préparation destinée à fournir le carbonate ferreux à l'état naissant, par M. Garnier, 222.
— (Un mot sur le lactate de). Observation chimique, par M. Stanislas Martin, 270.
— (De la prééminence des solutions officinales du perchlorure de), fournies par le sel cristallisé par sublimation, 127.
Ferrugineuses (Quelques faits témoignant en faveur de l'utilité des préparations) dans certains cas de maladie organique du cœur, 151.
Fièvre intermittente anormale. Nombreuses médications sans résultat ; guérison par le quinquina et l'iodure de potassium, 353.
— *typhoïde* (Delirium tremens accompagnant une). Traitement du délire par les opiacés et le vin ; guérison, 516.
Fièvre typhoïde (Deux observations témoignant des bons effets des affusions froides contre l'état comateux dans la), par M. le docteur Hagen, 546.
Folle (Plaie volontaire de la trachée chez une). Guérison rapide de la plaie et de l'état mental, par M. le docteur Pelletier fils, 565.
Fosses nasales (Nouvel exemple témoignant de l'innocuité des corps étrangers séjournant dans les), par M. le docteur Lefèvre, 150.

G

Gastrorrhée (Poudre contre la), 545.
Goutte (Colchique d'automne; ses effets thérapeutiques dans le rhumatisme et dans la), 332.
Graisse (Accidents déterminés par l'aglosse de la), 283.
Grossesse (Nouveau remède contre les vomissements de la), 516.
— Granulations de la muqueuse utérine guéries par les cautérisations avec l'azotate d'argent fondu. Oblitération complète de l'orifice externe du col. Hystérotomie vaginale), consécutive chez une primipare, âgée de quarante-trois ans. Influence de la busserole sur les contractions utérines; accouchement heureux, 179.
Guarana (Emploi du) dans certaines affections intestinales des enfants, 155.
GUBLER. Des paralysies dans leurs rapports avec les maladies aiguës et spécialement des paralysies asthéniques diffuses des convalescents (compte rendu), 175.

H

Haleine (Emploi du chlorate de potasse contre la fétidité de l'), 73.
Hématémèse (Nouveaux exemples d') supplémentaire de la menstruation, 553.
Hémiplégie (Plaie de tête, etc.). Guérison malgré la sortie de quelques grammes de substance cérébrale, par M. le docteur Chassagnon, 225.
Hémorrhagie consécutive à l'avulsion d'une petite dent molaire, 155.
— dans la chambre inférieure de l'œil, supplémentaire du flux menstruel, 733.
— *nasale*; son traitement par la simple compression des narines, 231.
— *passives* (Potion contre les), 560.
Hépatalgie (Difficulté du diagnostic); traitement, 156.
Hernies. Doit-on faire porter un bandage simple ou double aux personnes atteintes d'une seule hernie ? 40.
— *étranglées* (De l'action dynamique du café, et de son emploi dans les), par Lamare-Picquot, 28.
— Nouvelles remarques sur l'action du café dans l'étranglement herniaire, à propos d'un nouveau cas de succès de cette médication, par M. le docteur Cellarier, 270.
— *étranglée*, réduite sous l'influence de l'opium, 86.
— *ombilicales congénitales* (Considérations pratiques sur les), et leur traitement, par M. le docteur Debout (gravures), 391, 451 et 538.
Huile de croton tiglium (De l'), de ses propriétés et de ses usages thérapeutiques, par M. le docteur Joret, 385, 441.
— *de foie de morue* (Moyen très-simple de faire disparaître instantanément la saveur désagréable que laisse l') après avoir été avalée, 462.
Huile de foie de morue (Emploi de la magnésie pour assurer l'assimilation de l'), 545.
— *de morue* (Note sur le remplacement de l') par la crème de lait, dans le cas de répugnance invincible pour le premier de ces médicaments, par M. le docteur Fonssagrives, 145.
Hydatide du foie. Symptômes insolites; guérison spontanée, 86.
Hydrocèle double, rapidement guérie par l'injection de quelques gouttes de teinture d'iode, 284.

Hypertrophie des amygdales ; douches dans la gorge (appareil approprié), 41.

I

Injections gazeuses (Appareil à) contre les surdités et les bourdonnements nerveux, 557.
Injection iodée (Ascite guérie par une), 577.
Injections (Névralgie sacro-lombaire ayant déterminé pendant trois ans des accidents très-graves, guérie au moyen d') de sulfate d'atropine dans la cavité du col de l'utérus, par M. le docteur Bouchard, 522.
— *hypodermiques* (Quelques mots relatifs à l'historique des), 184.
— *médicamenteuses* (Nouveau modèle de seringue pour) (gravures), 142.
— *au sulfate de cuivre* (Otite strumeuse avec flux chronique et perforation du tympan ; traitement par l'emploi combiné des exutoires révulsifs des iodiques et des), 579.
Intelligence (Vers intestinaux tenant sous leur dépendance une maladie de l'), 255.
Iode (De l'absorption de l'), par la peau et du traitement de la pleurésie et de l'endocardite par les frictions iodées iodurées, par M. le docteur Delioux, 248.
— (Recherches de l') dans les urines des malades soumis aux frictions par la pommade iodée iodurée dans la clinique de M. le professeur Delioux, par M. Castaing, pharmacien, 266.
— (Hydrocèle double, rapidement guérie par l'injection de quelques gouttes de teinture d'), 284.
— *et iodures*. Leur emploi dans le traitement de la méningite tuberculeuse, 185.
Iodées (Du vin iodé naturel ; ses avantages sur toutes les autres préparations), et son mode de préparation, par M. le docteur Boinet, 515.
Iodure (Sur l') de chlorure mercureux, 168.
— *de potassium* (Formules de pilules d'), 169.
— — (Mixture d'), et de lobélie contre l'asthme, 27.
— — (Fièvre intermittente anormale ; nombreuses médications sans résultat ; guérison par le quinquina et l'), 333.
Iridenclise double (Staphylôme transparent de la cornée ; traitement par l'), 334.

K

Kamala (Nouvelle observation de) ; son emploi comme ténifuge, 87.
Kersolène (La), nouvel agent anesthésique, 531.
Kirsch. Des accidents produits par cette boisson prise à hautes doses, 555.

L

Laboulbène. Recherches cliniques et anatomiques sur les affections pseudomembraneuses ; productions plastiques, diphthéritiques, ulcéro-membraneuses, aphtheuses, croup, muguet, etc. (compte rendu), 175.
Lait (Note sur le remplacement de l'huile de morue par la crème de) dans le cas de répugnance invincible pour le premier de ces médicaments, par M. le docteur Fossangrives, 145.
Larmoiement par oblitération du conduit lacrymal inférieur ; application du procédé de Bowman ; guérison, 555.
Larves d'œstre développées dans la peau d'un enfant, 88.
Laryngisme (Observation de) produit par la présence de vers, 556.
Ligature (Hypertrophie du clitoris, guérie par étranglement au moyen de la), 184.
— *métallique* contre les veines variqueuses, 578.
Lobélie (Mixture d'iodure de potassium et de) contre l'asthme, 27.
Luxations (Nouvel ambi pour les) scapulo-humérales difficiles ou anciennes, par M. le docteur Dauvergne (gravures), 207, 254.
— (Sur la déchirure de la gaine tendineuse des péroniers latéraux et sur la) de ces tendons, par M. Demarquay, 21.

M

Magnésie. Son emploi comme moyen d'assurer l'assimilation de l'huile de foie de morue, par M. Danneey, 545.
Maingault. Des paralysies diphthéritiques (compte rendu), 175.
Mal de mer (Sur un moyen mécanique propre à prévenir le) et à le guérir, 186.
Maladies de l'enfance (Traité pratique des), fondé sur de nombreuses observations cliniques, par M. le docteur Barrier (compte rendu), 33.
— *intestinales* (Riz et préparations oryzées ; leur emploi dans la convalescence des), 190.
— *utérines* (Emploi de l'arsenic dans les), 88.
— *du sommeil*, 471.
Mamelles multiples. Sécrétion lactée par chacun des mamelons, 427.
Mamelons artificiels (Des) dans l'allaitement, 45, 91 et 140.

Maxillaire supérieur (Résection ostéoplastique du), 472.
Médecin (De la conduite du) dans les cas d'empoisonnement, 94.
Méningite tuberculeuse (iode et iodure; leur emploi dans le traitement de la), 185.
Ménorrhagie (Emploi du trillium contre la), 91.
Menstruation (Nouveaux exemples d'hématémèse supplémentaire de la), 555.
Menstruel (Hémorrhagie dans la chambre intérieure de l'œil supplémentaire du flux), 355.
Mercure (Injection du deuto-chlorure de) dans la blennorrhagie, 514.
— (Teigne de lait, son traitement par la pommade à l'oxyde rouge de), 429.
— Sur l'iodure de chlorure mercureux, 168.
Méthode ostéo-plastique (Polype nasopharyngien; ablation par la), 187.
Morphine (Thérapeutique de l'empoisonnement par la morphine et les médicaments qui en contiennent, suivie de quelques réflexions sur les recherches de la) dans les urines, par M. Bouchardat, 560.
Morve chez le cheval; son traitement par l'arsénite de strychnine, 41.
— (Arsénite de strychnine contre la) du cheval; son mode de préparation, 27.
— chronique chez l'homme, guérison, 42.
Mousse de Ceylan comme analeptique, 137.
Musc (Note sur la préparation de la teinture de), par M. Deschamps, 219.
Mutisme simulé reconnu à l'aide de l'électricité, 89.
Myopie (Considérations pratiques sur la) et son traitement, 464.

N

Névralgie rebelle (Cas de), guérie au moyen de l'excision d'une portion du nerf malade, 516.
Névralgie sacro-lombaire ayant déterminé pendant trois ans des accidents très-graves, guérie au moyen d'injections de sulfate d'atropine, dans la cavité du col de l'utérus, par M. le docteur Bouchard, 522.
Névralgies (Cautérisation sulfurique; son application au traitement des), 39.
Névroses (Du chloroforme à l'intérieur contre les calculs biliaires, les coliques hépatiques et les), par M. le docteur Bouchut, 49.
Nez (Application de l'ostéoplastie à la restauration du); transplantation du périoste frontal, 510.
Nitrated argent (Recherches sur l'emploi du) dans la dyssenterie aiguë, par M. le docteur Duclos, 97.
— — (Nouvelles observations à l'appui de l'emploi du) dans le traitement de la dyssenterie, par M. le docteur Gros, 433.
— — (Traitement de la paralysie progressive par le), 379.

O

Obstruction intestinale produite par une quantité considérable d'ascarides lombricoïdes, 157.
Ophthalmie catarrhale guérie par des piqûres d'abeilles, 45.
Opium (Hernie étranglée, réduite sous l'influence de l'), 86.
Orchite ulcéro-gangréneuse indolente, 89.
Ostéoplastie (Application de l') à la restauration du nez; transplantation du périoste frontal, 510.
Otite strumeuse avec flux chronique et perforation du tympan; traitement par l'emploi combiné des exutoires révulsifs, des iodiques et des injections au sulfate de cuivre, 379.

P

Paralysie des couturières; électrisation, 44.
Paralysie progressive (Traitement de la) par le nitrate d'argent, 379.
Paralysies (Des) dans leurs rapports avec les maladies aiguës, et spécialement des paralysies asthéniques diffuses des convalescents, par M. le docteur Adolphe Gubler (compte rendu), 175.
— *diphthéritiques* (Des), par M. le docteur A. Maingault (compte rendu), 175.
Paupières (De la contracture spasmodique de l'orbiculaire des) et de son traitement par l'incision du muscle et le bordage des, par M. Gustave Nivert, interne des hôpitaux, 349.
Pemphigus (De l'emploi de l'arsenic dans le traitement du), 274.
Pepsine. Ses bons effets dans l'inanition des enfants nouveau-nés, 186.
Perchlorure de fer dans la dyssenterie, par M. le docteur Baudon, 463.
Péritonite traumatique (Sur la), suite de contusions sans lésion extérieure apparente des parois abdominales, 284.
Phosphore contre la phthisie, 380.

Phthisie (Phosphore contre la), 580.
Phthisie pulmonaire. Tuberculose généralisée; thérapeutique des indications; guérison, par M. le docteur Lecointe, 75.
Placenta (Application de l'électricité dans un cas de rétention du), 378.
Plaie volontaire de la trachée chez une folle. Guérison rapide de la plaie et de l'état mental, par M. le docteur Pelletier fils, 363.
— *de tête*, hémiplégie; guérison malgré la sortie de quelques grammes de substance cérébrale, par M. le docteur Chassagnou, 225.
Pleurésie (De l'absorption de l'iode par la peau et du traitement de la) et de l'endocardite par les frictions iodées, iodurées, par M. le docteur Delioux, 248.
— (Deux opérations de thoracentèse suivies de), l'une aiguë, l'autre chronique, par M. le docteur Bouchard, 225.
Plomb (Emploi topique du carbonate de) dans le traitement de l'érysipèle, 282.
— (Empoisonnement par une lame de), servant à teindre les cheveux, 280.
Polype naso-pharyngien; ablation par la méthode ostéo-plastique, 187.
Pommade de toilette contre la chute des cheveux, par M. le docteur Dauvergne, 501.
— *soufrée* contre le pytiriasis du cuir chevelu, 463.
Ponction sous-cutanée (Inflammation du sinus maxillaire; guérison par une), 428.
Potion de Chopart modifiée, formule, 129.
Poudres désinfectantes (Nouvelles formules de), 167.
Principes de la doctrine et de la méthode en médecine. Introduction à l'étude de la pathologie et de la thérapeutique, par M. le docteur Delioux de Savignac (compte rendu), 80.
Prothèse de la restauration de la division congénitale de la voûte du palais et de son voile. Parallèle des moyens prothétiques et des procédés auto plastiques. Lettre au professeurs Lawrence, par M. Deboul (gravures), 519.
— Note sur un appareil destiné à un mutilé ayant subi l'amputation Chopart et affecté de rétraction du tendon d'Achille. Lettre au docteur Decès, par M. Debout, 581.
— *oculaire* (Des ressources réelles offertes par la), (gravures), par M. Debout, 476.
Pyrosis (Poudre contre le), 545.
Pytiriasis du cuir chevelu (Pommades contre le), 463 à 501.

Q

Quinine dans l'anasarque scarlatineuse, 183.
— (Conjonctivite granuleuse, avec kératite ulcéreuse d'origine miasmatique, guérie par le sulfate de), 39.
Quinquina (Fièvre intermittente anormale; nombreuses médications sans résultat; guérison par le) et l'iodure de potassium, 333.

R

Rage (Formule d'un remède préventif et curatif de la), 188.
— (Cas de) traitée avec succès par la saignée et le calomel à très-hautes doses, 252.
Ratanhia (Essai de traitement du diabète par l'emploi simultané de l'alun calciné et de l'extrait de), 154.
Recherches cliniques et anatomiques sur les affections pseudo-membraneuses; productions plastiques, diphthéritiques, ulcéro-membraneuses aphtheuses, croup, muguet, etc., par M. le docteur Laboulbène (compte rendu), 175.
Rectum (Atrésie congéniale du) à deux centimètres au-dessus d'un anus bien conformé chez un enfant du sexe masculin; tentatives infructueuses pour établir le cours des matières fécales; établissement d'un anus artificiel dans la région lombaire gauche (gravure), 374.
Régénération (Nouvel exemple de) d'une grande portion du tibia, 226.
Résection ostéo-plastique du maxillaire supérieur, 472.
Respiration artificielle (Appareil à), 190.
Rhumatisme (Colchique d'automne, ses effets thérapeutiques dans le) et dans la goutte, 332.
— *articulaire* aigu intercurrent; chorée sans antécédent rhumatismal; guérison, 230.
— *musculaire* chronique suivi de paralysie de la jambe et d'une cataracte capsulaire complète; traitement altérant; guérison de la cataracte, 233.
— *noueux*. Traitement par les bains arsenicaux, 189.
Riz et préparations oryzées; leur emploi dans la convalescence des maladies intestinales, 190.
Rue (Observations d'accidents graves

déterminés sur la peau par la) (*ruta graveolens*, L.), 420.

S

Sabine. Son action locale, 158.
Santonine et huile essentielle de semen-contra; phénomènes causés par leur emploi, 254.
Scrofule (Leçons théoriques et cliniques sur la) considérée en elle-même et dans ses rapports avec la syphilis, la dartre et l'arthritis, par M. le docteur Bazin (compte rendu), 507.
Semen-contra (Santonine et huile essentielle de); phénomènes causés par leur emploi, 254.
Seringue (Nouveau modèle de, pour injections médicamenteuses (gravures), 142.
Sinus maxillaire (Inflammation du); ponction sous-cutanée; guérison, 428.
Solanine (Effets physiologiques et action thérapeutique de la douce-amère et de la), 554.
Solanum pseudo-capsicum (Cas d'empoisonnement par les baies du), 534.
Soufre (Réactif très-sensible du), 221.
Speculum (Nouveau modèle à quatre valves (gravures), 259.
Spermatorrhée (Nouveaux faits témoignant de l'efficacité du bromure de potassium dans la), 285.
Sphincter vaginal (De la contracture spasmodique du) et de son traitement, par M. le docteur Debout, 110, 300.
Staphylôme transparent de la cornée. Traitement par l'iridenclise double, 554.
Stérilité (De la) chez l'homme, 90.
Strangulation du fœtus par l'enroulement du cordon ombilical, 429.
Surdités (Appareil à injections gazeuses dans l'oreille interne contre les) et les bourdonnements nerveux, 557.
Suture métallique (Bec-de-lièvre unilatéral traité avec succès par la) après deux opérations infructueuses, 473.
Sympathie (Espèce inédite de) et son application au traitement du coryza, 255.
Syphilis communiquée par la vaccination à quarante-six enfants sur soixante-trois, 474.

T

Tanaisie (Empoisonnement par la), 555.
Tannin (Formules pour l'emploi du) comme antipériodique, par M. le docteur Leriche (de Lyon), 410.
Tannin Son emploi dans les affections oculaires, 44.
Teigne de lait. Son traitement par la pommade et l'oxyde rouge de mercure, 429.
Teintures alcooliques (Observation pratique sur les), par M. Stanislas Martin, 74.
Tenture (Note sur la préparation de la) de musc, par M. Deschamps, 219.
Tænia (Nouvel exemple de) expulsé par les semences de citrouille; insuccès des amandes douces, 158.
Ténifuge (Nouvelle observation de l'emploi du kamala) comme, 87.
Thérapeutique (Du scepticisme en), de ses causes, de ses conséquences et des remèdes qu'il convient de lui opposer, par M. le docteur Fonssagrives, 193, 241.
Thérapeutique (Des moyens physiques et mécaniques en), 555.
— Coup d'œil sur certaines propriétés thérapeutiques peu connues du poivre cubèbe et spécialement sur ses bons effets dans les vertiges et l'amnésie, par le docteur Debout, 56.
— De l'huile de croton tiglium, de ses propriétés et de ses usages, par M. le docteur Joret, 385, 441.
Thoracentèse (Deux opérations de), suite de pleurésie, l'une aiguë, l'autre chronique, par M. le docteur Bouchard, 225.
Tibia Nouvel exemple de régénération d'une grande portion du), 226.
Trachéotomie (Nouvelle méthode de). Nouvel instrument dit trachéotome, par M. Maisonneuve (gravures), 413.
Traité des maladies des Européens dans les pays chauds (régions tropicales), climatologie. Maladies endémiques, par M. le docteur Dutroulau (compte rendu), 525.
Trillium contre la ménorrhagie, 91.
Tumeur maligne de la langue (Guérison par le chlorure d'or d'une), 335.
— — de la cloison recto-vaginale; extirpation à l'aide de l'écraseur linéaire, 475.
— *du sein* guérie par un nouveau traitement, 381.

U

Ulcère sénile du col utérin et de son traitement, 517.
Uranoplastie. Procédé nouveau, 517.
Urétarrhée. Espèce non décrite d'écoulement urétral chez l'homme; traitement, 430.
Urètre (Note sur l'efficacité de l'asso-

ciation du cubèbe et du copahu dans les affections du col de la vessie et de la région prostatique de l'), par M. le docteur Caudmont, 68.
— Des accidents graves observés à la suite de cathétérisme et des autres opérations pratiquées sur l'), 514.
Urétrite (De l') simple chez la femme et de son traitement par le poivre cubèbe, par M. le professeur Trousseau, 18.
Urines (Formule contre les maladies chroniques du rein et de la vessie avec) muqueuses ou purulentes, par M. Delioux de Savignac, 24.
Utérines (Emploi de l'arsenic dans les maladies), 88.
Utérus (Ulcère sénile du col de l') et de son traitement, 517.
— (Accouchements rendus impossibles par la rigidité du col de l'). Bons effets de l'incision de cette partie, par M. le docteur Bonchard, 504.
— (Névralgie sacro-lombaire ayant déterminé pendant trois ans des accidents très-graves, guérie au moyen d'injections de sulfate d'atropine dans la cavité du col de l'), par M. le docteur Bouchard, 522.
— (Renversement complet de l') après l'accouchement, réduction ; absence d'accidents consécutifs, 158.

V

Vaccination (Accidents survenus à la suite de la), 235.
— (Syphilis communiquée par la) à quarante-six enfants sur soixante-trois, 474.
Vagin (Un mot encore sur la contracture spasmodique du sphincter et du), à propos de nouveaux faits (gravures), par M. le docteur Debout, 110, 500.
— (Sur une affection assez rare et généralement peu connue de l'orifice do), par M. le docteur Michon, 154.
Valériane (Note sur la), sur l'analyse de sa racine, par la méthode de déplacement et sur le valérianate d'ammoniaque, par M. Pierlot, pharmacien, 494.
Varices de la conjonctive sclérotieale ; excision du paquet variqueux ; cautérisation ; guérison, 159.
— *profondes* de la jambe ; de leur curabilité et de leur traitement, 286.
Veines variqueuses (Ligature métallique contre les), 378.
Vermineuse (Endémicité de la diathèse) dans certaines contrées, 555.
Vers (Observation de laryngisme produit par la présence des), 556.
Vers intestinaux tenant sous leur dépendance une maladie de l'intelligence, 235.
Vertiges (Coup d'œil sur certaines propriétés thérapeutiques peu connues du poivre cubèbe et spécialement sur ses bons effets dans les) et l'amnésie, par M. le docteur Debout, 56.
Vésicants. (Coup d'œil sur les) employés dans l'Inde, 287.
Vésicatoires (Du zona et de son traitement par les), par M. le professeur Forget, 337.
Vessie (Note sur l'efficacité de l'association du cubèbe et du copahu dans les affections du col de la), et de la région prostatique de l'urètre, par M. le docteur Caudmont, 68.
— (Formule contre les maladies chroniques du rein et de la) avec urines muqueuses ou purulentes, par M. Delioux de Savignac, 24.
Vin (Delirium tremens accompagnant une fièvre typhoïde ; traitement du délire par les opiacés et le) ; guérison, 516.
— *iodé naturel* (Du). Ses avantages sur toutes les autres préparations iodées, et son mode de préparation, par M. le docteur Boinet, 315.
— *à haute dose* (Diathèse hémorrhagique grave, traitée par le), 426.
Vomissements (Nouveau remède contre les) dans la grossesse, 516.
— *incoercibles*. Avortement ; guérison, 518.
Voûte du palais (De la restauration de la division congénitale de la) et de son voile ; parallèle des moyens prothétiques et des procédés autoplastiques. Lettre au professeur Lawrence, par M. le docteur Debout (gravures), 519.

Z

Zona (De la douleur dans le) au point de vue thérapeutique, par M. le docteur Chaussit, 147 et 198.
— (Du) et de son traitement, notamment par les vésicatoires, par M. le professeur Forget, 337.

FIN DE LA TABLE DU TOME SOIXANTE ET UNIÈME.

PARIS. — TYPOGRAPHIE HENNUYER, RUE DU BOULEVARD, 7.